Nancy-Université
Université Henri Poincaré

AVERTISSEMENT

Ce document numérisé est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.
Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur au même titre que sa version papier. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.
D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.
La Bibliothèque a pris soin d'adresser un courrier à l'auteur dans lequel elle l'informe de la mise en ligne de son travail. Celui-ci peut en suspendre la diffusion en prenant contact avec notre service.

Contact SCD Nancy 1 : theses.medecine@scd.uhp-nancy.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ – NANCY 1
FACULTÉ DE PHARMACIE
2008

DU MAINTIEN À DOMICILE DANS UNE PHARMACIE SEMI-RURALE DES VOSGES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 2 mai 2008

afin d'obtenir

le Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

Par Flore BARTHOLOMOT épouse FAYON

née le 1er Janvier 1980 à Saint Etienne (42)

Membres du Jury

Président : M. Pierre LABRUDE, Professeur de Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile et Président du conseil de la Pédagogie

Juges : M. BONNEAUX François, Professeur de Chimie thérapeutique

Mme KELLER-DIDIER Colette, Pharmacien, Ancien membre du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens

UNIVERSITÉ Henri Poincaré - Nancy 1
FACULTÉ DE PHARMACIE

DOYEN
Chantal FINANCE
Vice-Doyen
Francine PAULUS

Président du Conseil de la Pédagogie
Pierre LABRUDE
Responsable de la Commission de la Recherche
Jean-Claude BLOCK
Directeur des Etudes
Gérald CATAU

Responsable de la Commission des Relations Internationales
Janine SCHWARTZBROD
Responsable de la Communication
Francine KEDZIEREWICZ
Responsable de la Commission Hygiène Sécurité
Laurent DIEZ

Responsable de la filière Officine : Gérald CATAU

Responsables de la filière Industrie : Isabelle LARTAUD
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable du CEPH : Jean-Michel SIMON
(Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier)

Doyen Honoraire : Claude VIGNERON

Professeur Emérite : Gérard SIEST

Professeurs Honoraires

Roger BONALY
Thérèse GIRARD
Maurice HOFFMAN
Michel JACQUE
Lucien LALLOZ
Pierre LECTARD
Vincent LOPPINET
Marcel MIRJOLET
François MORTIER
Maurice PIERFITTE
Louis SCHWARTZBROD

Maîtres de Conférences Honoraires

Marie-Claude FUZELLIER
Marie-Andrée IMBS
Marie-Hélène LIVERTOUX
Jean-Louis MONAL
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Maria WELLMAN-ROUSSEAU

Assistante Honoraire
Madame BERTHE

ENSEIGNANTS

PROFESSEURS

Alain ASTIER (en disponibilité)..... Pharmacie clinique
Jeffrey ATKINSON ..... Pharmacologie
Gilles AULAGNER ..... Pharmacie clinique
Alain BAGREL..... Biochimie
Jean-Claude BLOCK ..... Santé publique
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON..... Pharmacologie cardiovasculaire
Chantal FINANCE..... Virologie, Immunologie
Pascale FRIANT-MICHEL..... Mathématiques, Physique, Audioprothèse
Marie-Madeleine GALTEAU ..... Biochimie clinique
Christophe GANTZER..... Microbiologie environnementale
Max HENRY ..... Botanique, Mycologie
Jean-Yves JOUZEAU ..... Bio-analyse du médicament
Pierre LABRUDE ..... Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile
Dominique LAURAIN-MATTAR..... Pharmacognosie
Isabelle LARTAUD ..... Pharmacologie
Pierre LEROY..... Chimie physique générale
Philippe MAINCENT ..... Pharmacie galénique
Alain MARSURA..... Chimie thérapeutique
Jean-Louis MERLIN..... Biologie cellulaire oncologique
Alain NICOLAS ..... Chimie analytique
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS..... Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN..... Biochimie, Biologie moléculaire
Janine SCHWARTZBROD ..... Bactériologie, Parasitologie
Jean-Michel SIMON ..... Economie de la santé, Législation pharmaceutique
Claude VIGNERON ..... Hématologie, Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Monique ALBERT..... Bactériologie, Virologie
Sandrine BANAS..... Parasitologie
Mariette BEAUD ..... Biologie cellulaire
Emmanuelle BENOIT..... Communication et Santé
Michel BOISBRUN ..... Chimie thérapeutique
Catherine BOITEUX..... Biophysique, Audioprothèse
François BONNEAUX..... Chimie thérapeutique
Cédric BOURA..... Physiologie
Gérald CATAU..... Pharmacologie
Jean-Claude CHEVIN..... Chimie générale et minérale
Igor CLAROT..... Chimie analytique
Jocelyne COLLOMB ..... Parasitologie, Organisation animale
Joël COULON..... Biochimie
Sébastien DADE ..... Bio-informatique
Bernard DANGIEN..... Botanique, Mycologie
Dominique DECOLIN ..... Chimie analytique
Béatrice DEMORE ..... Pharmacie clinique
Joël DUCOURNEAU ..... Biophysique, Audioprothèse, Acoustique
Florence DUMARCAY ..... Chimie thérapeutique
François DUPUIS ..... Pharmacologie
Raphaël DUVAL..... Microbiologie clinique

Béatrice FAIVRE ..... Hématologie
Luc FERRARI..... Toxicologie
Stéphane GIBAUD ..... Pharmacie clinique
Françoise HINZELIN ..... Mycologie, Botanique
Thierry HUMBERT ..... Chimie organique
Frédéric JORAND..... Santé et Environnement
Francine KEDZIEREWICZ ..... Pharmacie galénique
Alexandrine LAMBERT ..... Informatique, Bio-statistiques
Brigitte LEININGER-MULLER..... Biochimie
Stéphanie MARCHAND..... Chimie physique
Faten MEHRI-SOUSSI..... Hématologie biologique
Patrick MENU..... Physiologie
Christophe MERLIN ..... Microbiologie environnementale et moléculaire
Blandine MOREAU ..... Pharmacognosie
Dominique NOTTER..... Biologie cellulaire
Francine PAULUS ..... Informatique
Christine PERDICAKIS..... Chimie organique
Caroline PERRIN-SARRADO ..... Pharmacologie
Virginie PICHON ..... Biophysique
Anne SAPIN ..... Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER..... Mycologie, Botanique
Nathalie THILLY..... Santé publique
Gabriel TROCKLE ..... Pharmacologie
Mohamed ZAIOU ..... Biochimie et Biologie moléculaire
Colette ZINUTTI ..... Pharmacie galénique

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER..... Sémiologie

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD ..... Anglais

ASSISTANT

Annie PAVIS ..... Bactériologie

SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITE (SCD)

Anne-Pascale PARRET ..... Directeur
Frédérique FERON ..... Responsable de la section Pharmacie-Odontologie

« LA FACULTÉ N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS ÉMISES DANS LES THÈSES, CES OPINIONS DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES À LEUR AUTEUR ».

À notre Président de Thèse,

Monsieur Pierre LABRUDE,

Professeur de Physiologie, d'Orthopédie et de Maintien à domicile à la faculté de Pharmacie de Nancy,

Vous avez fait preuve d'ouverture, de patience et de compréhension durant nos années d'études,

Vous m'avez guidée, épaulée et encouragée dans la réalisation de cette thèse,

Aujourd'hui, vous jugez mon travail,

Vous trouverez ici l'expression de ma gratitude et de mon admiration.

À nos juges

M. BONNEAUX François, Professeur de Chimie thérapeutique, et

Mme KELLER-DIDIER Colette, Pharmacien, Ancien membre du conseil de l'Ordre des Pharmaciens,

Vous avez accepté d'étudier ce travail et de faire partie du jury de cette thèse,

Vous trouverez ici l'expression de ma reconnaissance.

À ma famille,

Pour le soutien et l'amour dont vous m'avez témoigné toutes ces années.
Vous m'avez aidé à persévérer dans cette voie.

Rien n'est assez fort pour vous exprimer mon amour et ma reconnaissance.

À mon époux, ALEXANDRE,

Pour ta patience et ton soutien quotidien tout au long de mes études et de ce travail.

À mes amis

Pour leur fidélité et leur attention toutes ces années.

À Philippe RAPHAËL, médecin de famille,

Vous avez su me guider vers les études pharmaceutiques et je vous en remercie.

A Suzanne MOLLI-FOUCHER et Didier MOLLI,

Je vous remercie de m'avoir fait partager votre goût du travail bien fait et votre gentillesse.

Je vous sais gré de l'empreinte que vous m'avez laissée et vous témoigne toute mon admiration.

Je vous dédie à tous cette thèse.

SERMENT DES APOTHICAIRES

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

Ð'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

Ð'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

Ðe ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

SOMMAIRE

1– Introduction ----------P1

2- Présentation et étude de cas rencontrés dans une pharmacie semi-rurale des Vosges, à Golbey.----------P3

2.1- Introduction à la démarche d'appareillage---------- P4

2.2- L'aérosolthérapie---------- P5

2.3- L'oxygénothérapie---------- P9

2.4- Le matériel du diabétique ---------- P13

2.5- L'incontinence urinaire ---------- P19

2.6- Le lit et ses accessoires---------- P24

2.7- Le traitement des escarres---------- P29

2.8- Les aides à la marche---------- P36

2.9- Synthèse ---------- P40

3- Deuxième partie : le pharmacien d'officine face au maintien à domicile ----------P41

3.1- Evolutions : constats – attentes – nécessité ---------- P42

3.1.1- Le « panier de soin » (package of care) ----------P42

L'allongement de l'espérance de vie est, environ, de trois mois par an.

L'OMS (Organisation mondiale de la Santé)

Les problèmes de santé, vue sous l'angle épidémiologique, dont souffre la population française.

3.1.2- Le pharmacien d'officine : un métier en « r-évolution »---------- P44

Le pharmacien d'officine : pharmaco-thérapeute.

Développement du maintien à domicile

3.2- L'officine : évolution du métier de pharmacien---------- P49

3.2.1- L'adaptation des structures de travail ---------- P50

Le personnel

Les locaux

3.2.2- Le dossier patient ---------- P55

Le suivi du patient

L'insertion de l'opinion pharmaceutique

Le dossier de suivi pharmaco-thérapeutique

3.2.3- Les réseaux de santé ---------- P60

3.3- L'assurance qualité ---------- P63

3.3.1- Qualité et auto-évaluation ---------- P63

Définitions officielles

Les attentes du patient

Les attentes des autres partenaires

3.3.2- Exposé et analyse d'un exemple : la désinfection du matériel en location dans le cadre du maintien à domicile ---------- P64

Le matériel de maintien à domicile

La formation des personnels

La réglementation

3.3.3- Le guide d'assurance qualité officinale ---------- P67

3.3.4- La qualité ---------- P67

4- Conclusion ---------- P70

5- Annexes ---------- P72

6- Glossaire ---------- P90

7- Bibliographie ---------- P95

1 - Introduction

« Ce sont le vivant, la personne malade, sa souffrance, le maintien de son bien être qui doivent être le socle de la construction de notre politique publique de santé »

Ce postulat qui servit d'ouverture à la conférence donnée par le professeur Marc Brodin lors de la XV^{ème} Journée de l'Ordre tenue à Paris le jeudi 14 Novembre 2002, et repris aujourd'hui, permet de situer d'emblée la réflexion qui va suivre sur le rôle du pharmacien dans le maintien à domicile des personnes malades, au cœur des préoccupations de notre société concernant l'évolution de notre système de santé.

L'Europe fixe ses priorités tandis que la France ratifie la Loi n°2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite Loi Kouchner (cf. annexe I).
C'est dans ce cadre légal de travail que nous devons trouver l'espace de notre rôle de pharmacien en gardant présent à l'esprit la qualité du service rendu à la personne.
En améliorant, en promouvant, en démocratisant le maintien à domicile notre société fait le choix de certaines valeurs ; celle, en particulier, de répondre à une demande du public.

Les responsabilités du pharmacien d'officine dans l'évolution du maintien à domicile ne peuvent être conçues et appréhendées qu'en regard :

- de la constitution et de la gestion sécurisée du dossier de suivi de soins du patient
- et, concomitamment, de sa participation active au travail de mise en réseau des personnels de santé d'un territoire géographique délimité tel que défini par le décret n°2002-1463 du 17 Décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé ; portant application de l'article L.6321-1 du code de la santé publique (cf. annexe 2).

Ce décret a pour objet de prendre les décisions réglementaires d'application de l'article 84 de la Loi 2002-303 du 4 Mars 2002, sus-citée.

Il s'ensuit un développement du rôle du pharmacien à l'officine qui ne pourra s'opérer qu'en adaptant ses structures de travail :

- formation initiale et continue des personnels ;
- restructuration des locaux ;

afin que le pharmacien, joue pleinement son rôle psycho-social d'éducateur de santé et, comme il nous est permis de l'envisager, de prescripteur.

Cette responsabilité supplémentaire ne s'entreverra que s'il peut garantir la qualité du service rendu à la personne, ce qui sous-entend la capacité pour chacun des professionnels d'auto-évaluer son travail en regard des objectifs fixés, des moyens mis en œuvre et des résultats obtenus-escomptés.

En l'état actuel des choses le maintien à domicile ne représente qu'une faible partie de l'activité de l'officine. Son développement répondrait à une nécessaire adaptation de l'offre de soins en relation avec les contingences économiques de notre système de santé et de l'attente de la « patientèle » d'un service, toujours plus grand, de proximité.

Le maintien à domicile : Qu'en est-il aujourd'hui ?
Nous trouverons la réponse à cette interrogation à travers l'étude de sept cas rencontrés dans l'officine où j'exerce actuellement.

Qu'en sera-t-il demain ?

2 - Présentation et étude de cas rencontrés dans une pharmacie semi-rurale des Vosges, à Golbey.

2.1 - Introduction à la démarche d'appareillage

Cette étude ne se veut pas une liste exhaustive des matériels de maintien à domicile disponibles sur le marché. Elle cherche à familiariser le lecteur avec la démarche d'appareillage des patients présentant une prescription de matériel médical.

Le maintien à domicile s'inscrit dans un traitement médical qui souhaite apporter soin et confort au malade chez lui. Il demande une compétence particulière de la part du médecin et du pharmacien, ainsi qu'une prise en charge globale, organisée et logique du patient.

Pour ce faire, des arbres décisionnels, bien construits, extraits du livre « Le maintien à domicile » écrit par messieurs Callanquin, Camuzeaux et Labrude, et annexés à cette thèse, retracent le cheminement à faire au comptoir.

Le pharmacien d'officine ne saurait travailler au maintien à domicile sans se référer à la Liste des Produits et Prestations remboursables (LPPR) qui fixe les conditions de prise en charge par la Sécurité sociale d'une partie du matériel de maintien à domicile. Les produits qui n'y figurent pas ne doivent pas échapper à notre connaissance car ils ne demeurent pas moins utiles au confort et au traitement du malade.

L'installation du patient à domicile reste avant tout une démarche humaine qui s'enrichit des relations patient-pharmacien et pharmacien-professionnels de santé. De ces interactions nait un climat de confiance solide à la base d'un maintien à domicile positif et durable.

2.2 - L'aérosolthérapie

2.2.1 - Présentation du cas

À 80 ans, Monsieur P. souffre de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) depuis plusieurs années ; parallèlement il suit un traitement contre l'hypertension artérielle et soigne un adénome prostatique bénin.
Comme de nombreux patients chroniques M. P. est suivi à l'hôpital, en pneumologie, et son traitement, autrefois réservé au milieu hospitalier, est disponible à l'officine depuis quelques mois.

2.2.2 - Choix de l'appareillage

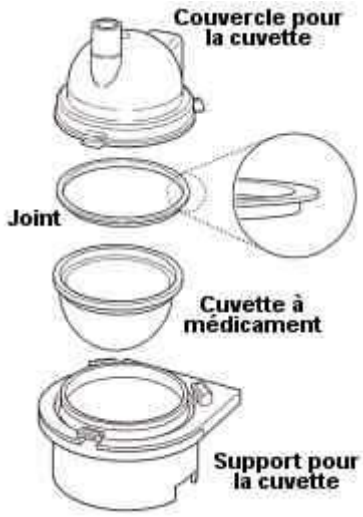
La voie inhalée est une voie d'administration à privilégier pour les médicaments de la BPCO ; c'est une méthode de soin efficace à condition de respecter rigoureusement le mode d'emploi.
Certains médicaments sont présentés sous forme d'aérosol doseur (avec gaz propulseur), par exemple la forme classique de Ventoline® spray, Bécotide®, etc. Ils sont utilisés avec ou sans chambre d'inhalation.
On trouve également des dispositifs pour l'inhalation d'une poudre qui est alors en suspension dans l'air inhalé par le patient (Foradil®, Bronchodual®, Spiriva®, etc.).
Enfin, il existe aussi des solutions pour inhalation par nébuliseur. Le **nébuliseur** est un appareil qu'on peut louer en pharmacie (ou acheter). Il se compose d'un masque relié à une cuve par une tubulure en matière plastique ; le récipient amovible est placé dans l'unité centrale du nébuliseur.

Figure 1 : Utilisation d'un spray aérosol

La nébulisation nécessite une hygiène rigoureuse des mains que l'on doit laver à l'eau et au savon puis sécher avec une serviette propre avant chaque utilisation.
Après la nébulisation, le patient se rincera la bouche à l'eau claire pour ne pas ingurgiter de produit. La cuve et l'embout de l'appareil seront nettoyés avec soin à l'eau savonneuse après chaque utilisation ; il en sera de même pour le filtre à air et la tubulure.
Il est important que le patient respecte minutieusement la technique correspondant au mode d'inhalation et observe bien le traitement prescrit.

Figure 2 : Utilisation d'un aérosol nébuliseur

Les séances d'aérosol de M. P. sont constituées de Ventoline® 2,5mg/2,5mL, à raison d'une dose matin et soir. La corticothérapie inhalée est administrée par Symbicort® 400 Turbuhaler® ; dans un système Turbuhaler®, le médicament se présente sous forme de poudre micronisée.
Cependant, il est parfois nécessaire de recourir à des nébulisations de corticoïdes quand l'inflammation pulmonaire est trop importante. Alors, Pulmicort® en dosettes pour nébuliseur, est administré à monsieur P. par aérosol pneumatique : Pulmicort®, qui se présente sous la forme d'une suspension, ne peut être administré par un aérosol ultrasonique selon les études réalisées lors de son autorisation de mise sur le marché (cf. Figure 1-principe de fonctionnement d'un nébuliseur ultrasonique).
L'utilisation des aérosols suppose une hygiène rigoureuse en cas de surinfection bronchique pour réduire l'auto-infection par le matériel souillé. Or, le masque et les embouts buccaux font rarement l'objet d'une désinfection efficace.



Principe de fonctionnement

Un **vibrateur** situé au fond du réservoir d'eau émet une **vibration ultrasonique**. Cette énergie est transmise à l'eau située dans son réservoir. L'eau transmet à son tour au médicament la vibration ultrasonique. Par réaction, le **médicament est alors transformé en aérosol**. L'air du ventilateur dirige le nuage de médicament hors du nébuliseur pour permettre l'inhalation.

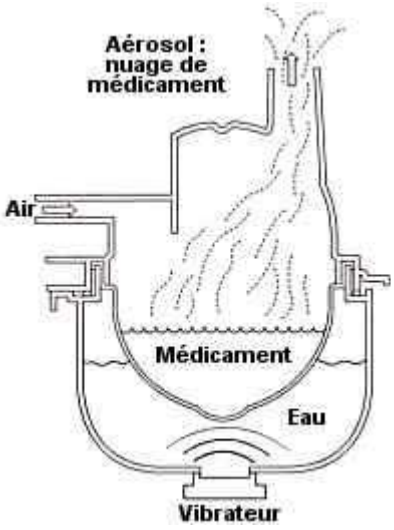


Figure 3 : Principe de fonctionnement d'un aérosol ultrasonique

2.2.3 - Prescription et remboursement

Le traitement de la BPCO par nébulisation a fait l'objet de sorties de la réserve hospitalière depuis 2006. La prescription des médicaments sortis de la réserve hospitalière doit se faire sur une ordonnance hospitalière ou de ville établie par un spécialiste en pneumologie ou en pédiatrie. On retrouve sur le site de *meddispar* les médicaments à statut particulier et leur mode de prescription http://www.meddispar.fr/medicaments/3532074.

La Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR que nous abrègerons par LPP) prévoit une prise en charge du nébuliseur à la location et des consommables à l'achat (sous la rubrique 101C14.12). Le prescripteur doit rédiger une ordonnance pour la prise en charge du nébuliseur. Il devra y mentionner le type d'appareil (pneumatique, sonique, manosonique ou ultrasonique) et la durée prévue de location. La LPP prévoit différentes durées de location, une courte durée si celle-ci est inférieure à 4 semaines (101C03.11), une longue durée au-delà de 4 semaines (101C03.121) puis un tarif dégressif après 65 semaines de location (101C03.122).

La LPP distingue la prise en charge des patients souffrant de mucoviscidose. Elle prévoit également une prise en charge particulière pour les générateurs de vapeur (humidification).

2.2.4 - Le « coin » du pharmacien

La sortie de la réserve hospitalière des médicaments pour nébuliseur a facilité la prise en charge des patients chroniques qui maîtrisent l'utilisation de leur nébuliseur. Cependant, force est de constater que la mise en place d'un nébuliseur chez un patient débutant ce traitement et encore novice dans son utilisation, impose de connaître parfaitement le mode d'emploi de l'appareil ainsi que les gestes à répéter à chaque utilisation.
La spécialité du prescripteur est un pré-requis indispensable qui garantit la prise en charge du malade par un équipe spécialisée afin de l'éduquer à son traitement et à l'utilisation du matériel idoine. L'équipe officinale qui se charge d'appareiller le patient, n'en reste pas moins présente et disponible pour faire face aux divers problèmes que pourrait rencontrer celui-ci.
À l'officine, il est important de veiller à ce que toute l'équipe maîtrise le matériel dont elle dispose (il en est de même en cas de sous-traitance du matériel), d'imaginer le désarroi du patient devant un appareil d'apparence complexe et de le mettre en confiance afin qu'il adopte l'appareil avant sa sortie de l'officine. Cette prise en charge requiert du temps et de la compassion pour qu'il se sente à l'aise et pose toutes les questions qu'il souhaite.

Le pharmacien d'aujourd'hui crée un lien direct avec le patient et il est souvent souhaitable de lui donner rendez-vous à l'officine quelques jours après son appareillage afin de faire le point ensemble sur son traitement. Le patient peut faire part de ses remarques et poser les questions survenues lors de l'utilisation. En l'invitant à écrire ses questions et remarques jours après jours, on fait de cet entretien un échange productif et valorisant.
J'insiste sur la nécessité d'utiliser des médicaments prévus pour nébuliseur pour lesquels l'AMM (autorisation de mise sur le marché) précise clairement les modalités d'utilisation, de dilution, d'incompatibilité lors de mélanges, de durée de nébulisation et parfois même impose un type d'appareil précis (voir annexe IV tableau récapitulatif des médicaments destinés à la nébulisation).

2.3 - L'oxygénothérapie

2.3.1 - Introduction, définitions

Le tabagisme touche aujourd'hui femmes et hommes en proportion comparable ce qui explique la parité qui s'installe dans les affections broncho-pulmonaires chroniques. Celles-ci provoquent des dommages irréparables du parenchyme pulmonaire. La saturation du sang en oxygène devient impossible sans le recours à une oxygénothérapie dans un premier temps à court terme puis, souvent, à long terme.

L'oxygénothérapie des malades souffrant d'insuffisance respiratoire chronique reste l'indication de dispensation majoritaire à l'officine. Le traitement de la crise d'algie vasculaire de la face par oxygénothérapie, décrite séparément dans la LPP qui impose que le traitement ait été prescrit par un neurologue ou un ORL ou une structure de prise en charge de la douleur chronique rebelle (ces conditions de prescription s'appliquent aussi pour le renouvellement de la prise en charge), reste en somme assez rare.

La dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical requiert une autorisation préfectorale garante du respect des bonnes pratiques de dispensation de l'oxygène (BPDO). L'aménagement des locaux de l'officine, prévu dans ces BPDO, les contraintes de maintenance du matériel, et le service d'astreinte téléphonique continue sont autant de frein au développement de cette activité à part entière à l'officine. La sous-traitance s'avère être l'alternative choisie par la plupart des titulaires.

Le sous-traitant n'est pas pour autant déchargé de toutes responsabilités. Il doit, entre autre, veiller à la qualité du service fourni par son prestataire. L'ensemble des obligations réciproques attachées à la sous-traitance est mentionné dans un *contrat de sous-traitance* signé par les représentants des deux parties.

Le pharmacien d'officine assure tout de même un contact régulier avec le patient. Il reste le mieux placé pour faire le lien entre le traitement médicamenteux et l'ensemble du matériel médical installé au domicile du patient.

2.3.2 - Présentation du cas

Monsieur S. souffre d'une insuffisance cardiaque majeure, conséquence d'un infarctus du myocarde important. Son traitement par oxygénothérapie

relève de son cœur pulmonaire chronique. Son état de santé fragile ne lui permet pas une déambulation supérieure à une heure par jour.

L'hospitalisation a permis de définir précisément les besoins en oxygène de monsieur S. La prescription de sortie est : 0,5 litre/minute, 18 heures par jour.

2.3.3 - Choix de l'appareillage

Monsieur S. relève de l'oxygénothérapie à long terme au forfait 1 (LPP 1136581, 48,58€). Le choix peut se faire entre l'oxygène gazeux et le concentrateur. La consommation d'oxygène fait la différence dans la mesure où l'oxygène gazeux est pris en charge dans la limite de 10 bouteilles de 0,4 m^3 par mois soit 4000 litres/mois. Monsieur S. consomme 16200 litres par mois. Le concentrateur est alors indiqué.
Le concentrateur doit être placé dans une pièce bien ventilée. Il est préférable de l'installer dans une pièce à part et insonorisée. Il fonctionne à l'électricité, c'est pourquoi la LPP prévoit un remboursement du surcoût de la consommation électrique à reverser au patient ainsi qu'une bouteille d'oxygène gazeux de secours en cas de panne d'électricité ou de défaillance du matériel.
La prescription définit le matériel de dispensation de l'oxygène : des lunettes. Le confort du patient et la qualité d'oxygénation du dispositif sont des critères de choix. Le masque est un recours si le patient ne supporte pas les lunettes mais il ne permet pas de maintenir l'oxygénothérapie pendant les repas ou les discussions. Les sondes sont plus efficaces mais moins pratiques et plus invasives ; il faut les changer quotidiennement. Les autres matériels de dispensation sont spécifiques.

2.3.4 - Prescription et remboursement

L'oxygène peut être prescrit par tout médecin et dispensé sans ordonnance dans la mesure où il n'est pas listé. La LPP distingue l'oxygénothérapie à court terme et à long terme.
L'oxygénothérapie à long terme fait l'objet d'une **demande d'entente préalable annuelle**.

La prise en charge de l'oxygénothérapie à long terme est assurée sur la base de deux forfaits hebdomadaires non cumulables:

*forfait 1 pour oxygénothérapie en poste fixe (1136581, 48,58€)

*forfait 2 pour oxygénothérapie intensive ou de déambulation (1130220, 111,52€)

Définis par la LPPR au Titre I, chapitre 1, section 1, sous-section 2 : Dispositifs médicaux pour traitement de l'insuffisance respiratoire et prestations associées.
Cela comprend la fourniture des consommables: le tuyau d'administration, la lunette à usage personnel (2 unités par mois en moyenne) ou, sonde nasale, masque, cloche de Hood (usage pédiatrique), cathéter transtrachéal ; la fourniture d'un humidificateur si nécessaire ; des prestations techniques de livraison, de désinfection, de maintenance technique ainsi qu'un service d'astreinte téléphonique 24h/J et 7 jours/semaine.

Pour le cas de l'oxygénothérapie à court terme, la prise en charge est assurée pour un même malade, pour une durée d'un mois, renouvelable deux fois (forfait hebdomadaire, 46,23€)

2.3.5 - Le « coin » du pharmacien

Le pharmacien d'officine qui a l'autorisation de dispenser de l'oxygène à usage médical est contraint de respecter les recommandations de bonnes pratiques de dispensation de l'oxygène comprenant entre autre :

- Les moyens nécessaires et le personnel en nombre et **qualité** suffisants ;
- Une visite dans le mois suivant l'initiation du traitement ou toute modification thérapeutique, puis régulièrement selon appréciation du pharmacien et de l'équipe de soin et la demande du patient ;
- L'éducation du patient et de son entourage, une déclaration signée du patient faisant foi ;
- Un stockage réglementaire dans une pièce aéré et fermant à clef ;

Même si le pharmacien d'officine sous-traite la dispensation il doit s'assurer que les règles de sécurité sont respectées (ne pas risquer d'enflammer l'oxygène et ne pas graisser le matériel ou la peau du patient en contact avec l'oxygène). Pour ce faire, il faut garder constamment à l'esprit que le patient est sous oxygénothérapie. Le conseil d'une crème de soin pour la peau, par exemple, doit prévenir des brûlures éventuelles en cas de contact de l'oxygène avec les corps gras contenus dans le cosmétique. Il convient de rappeler qu'aucune crème, ni pommade ne s'applique sur les ailes du nez d'un patient utilisant des lunettes à oxygène.
L'irritation parfois provoquée par le gaz sur les muqueuses nous permet de proposer d'une part l'utilisation du système d'humidification fourni avec le matériel (celui-ci est préconisé pour les débits supérieurs à 2L/min et pour les malades trachéotomisés). Dans le cas où le patient, ou son entourage, demande un produit à appliquer sur les zones irritées par le gaz, nous pouvons

conseiller les formes aqueuses telles que les gels ou les eaux calmantes et hydratantes.

Le pharmacien d'officine, dans son rôle d'hygiéniste, crée les conditions optimales au prompt rétablissement d'un malade, sous oxygène chronique, et sous antibiothérapie aigüe. Le matériel en contact direct avec le patient nécessite une désinfection rigoureuse, ou son changement, pour limiter l'auto-contamination. De même, il rappelle à une personne de l'entourage souffrant d'une affection broncho-pulmonaire les consignes sanitaires de protection voire d'éviction.

2.4 - Le matériel du diabétique

2.4.1 - Introduction, définitions

Le diabète, qu'il soit insulinodépendant ou non, demande un équilibre de la glycémie permanent, que le patient soit à jeun (c'est le cas lors des contrôles de glycémie veineuse au laboratoire) ou en postprandial (pour assurer l'assimilation des sucres par le foie et les tissus cibles).
Depuis peu les personnes diabétiques de type II, traitées par hypoglycémiants oraux, sont sensibilisées au suivi quotidien de leur glycémie. En effet, la prévention de l'évolution d'un diabète mal contrôlé s'est accrue face aux coûts financier et psycho-social que représentent les ulcères de jambes, les rétinopathies, les artérites oblitérantes des membres inférieurs, les amputations, etc.

Les campagnes d'information du grand public se multiplient pour dépister des diabétiques qui s'ignorent, mais aussi revoir ceux dont le diabète est mal contrôlé ou l'inobservance des traitements. On connaît bien à l'officine les *Journées de dépistage du diabète* au cours desquelles nous proposons des analyses de glycémie capillaire à tous nos clients ; plus récemment la campagne du « 7 », « *vérifier votre taux d'hémoglobine glyquée HBA1c régulièrement, elle ne doit pas dépasser 7* », promue par l'Alfediam (Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques) et l'Association française des diabétiques à voir sur le site www.sousle7.com (recommandation faite par l'AFSAPPS) chez les patients diabétiques cette mesure permet d'évaluer l'équilibre de la glycémie et par conséquent du traitement au cours du trimestre échu ; le pharmacien doit rappeler l'importance des analyses régulières et peut expliquer leurs résultats aux patients.
Le pharmacien d'officine joue un rôle important de vecteur d'informations et de dépistage. Mais plus que cela, il attire l'attention du patient sur la nécessité d'une « auto-gestion ». Sans être alarmiste, nous pouvons rappeler le développement insidieux de cette maladie et ses conséquences autant préjudiciables qu'irréversibles parfois.

2.4.2 - Présentation du cas

Madame G. souffre d'un diabète de type II. Elle surveille sa glycémie depuis des années. En effet, on lui a diagnostiqué un diabète gestationnel lors de sa dernière grossesse il y a 20 ans. Jusqu'à aujourd'hui elle répondait bien à son traitement oral toutefois elle est devenue « insulinonécessitante ».

Son traitement est actuellement constitué d'antidiabétiques oraux à chaque repas et d'insuline analogue lente le soir au coucher (Lantus®) pour pallier au manque de production d'insuline basale par son pancréas.
Son insuline se présente sous forme de stylos pré-remplis sur lesquels elle fixe une aiguille à usage unique avant chaque injection.
Elle doit dorénavant réaliser des mesures de glycémie capillaire à la maison grâce à un kit de glycémie comprenant un lecteur de glycémie, un auto-piqueur, quelques bandelettes ou électrodes et quelques lancettes (les consommables sont renouvelés sur ses ordonnances mensuelles).
Ce nouveau traitement inquiète et perturbe Madame G. Malgré un long entretien à la première délivrance au cours duquel le pharmacien a pris le temps de paramétrer son appareil et de lui expliquer son principe d'utilisation, elle panique à chaque mesure et ne parvient pas à faire fonctionner son lecteur correctement. Nous proposons donc à Madame G. de réaliser ensemble et quotidiennement ses mesures de glycémie le temps nécessaire à son autonomie. Pour nous aider, nous disposons de fiches pratiques illustrées (cf. annexe V) à donner aux clients, les mêmes sont disponibles pour expliquer les injections d'insuline (où, quand, comment les réaliser ?)

2.4.3 - Choix de l'appareillage

Pour ce qui est de l'insulinothérapie, il existe les systèmes suivants :

- Les flacons d'insuline à prélever à l'aide d'une seringue non réutilisable, le plus souvent de 1 mL et graduée de 1 à 100 Unités Internationales (les insulines sont désormais normalisées à l'échelle européenne à 100 UI par millilitre). Ce système est de moins en moins rencontré car il demande plus de manipulations ; seules les personnes habituées le conservent mais les instaurations avec sont rares.
- Les cartouches pré-remplies à adapter sur un sytlo injecteur compatible (cf. schéma ci-dessous). Le système est assez simple d'utilisation et présente quelques avantages tels que : le faible encombrement pour l'emporter avec soi pendant la journée, le peu de déchets qu'il produit (seules les aiguilles sont à usage unique), l'esthétique pour certains très soignée par les laboratoires (exemple, Humalog® pen luxura de chez Lilly), la douceur d'injection, la possibilité d'y adapter des cartouches de deux insulines différentes (exemple, une rapide et une lente) dans la mesure où le stylo est compatible avec les 2, etc…

- Les stylos pré-remplis, jetables qui présentent le grand avantage de réduire au maximum les manipulations (seule l'aiguille est à changer avant chaque injection). sont pratiques à l'instauration d'un traitement, le temps que le patient s'habitue à son insulinothérapie, également pour le prescripteur si des changements de traitement sont nécessaires. Les patient reprochent parfois au bouton d'injection de manquer de souplesse. Cependant les laboratoires innovent toujours et développent des stylos plus maniables. Le choix du stylo a son importance face aux différents modèles ; certaines bagues de dosage ne permettent pas de dépasser 40 unités par injection et la précision se limite parfois à 2 unités.
- Les pompes à insuline font l'objet d'une prise en charge particulière par des centres initiateurs composés d'une équipe multiprofessionnelle formée aux différentes pompes et à l'éducation thérapeutique du patient. Ces patients sortent du circuit de l'officine car ils sont appareillés par leur centre initiateur.

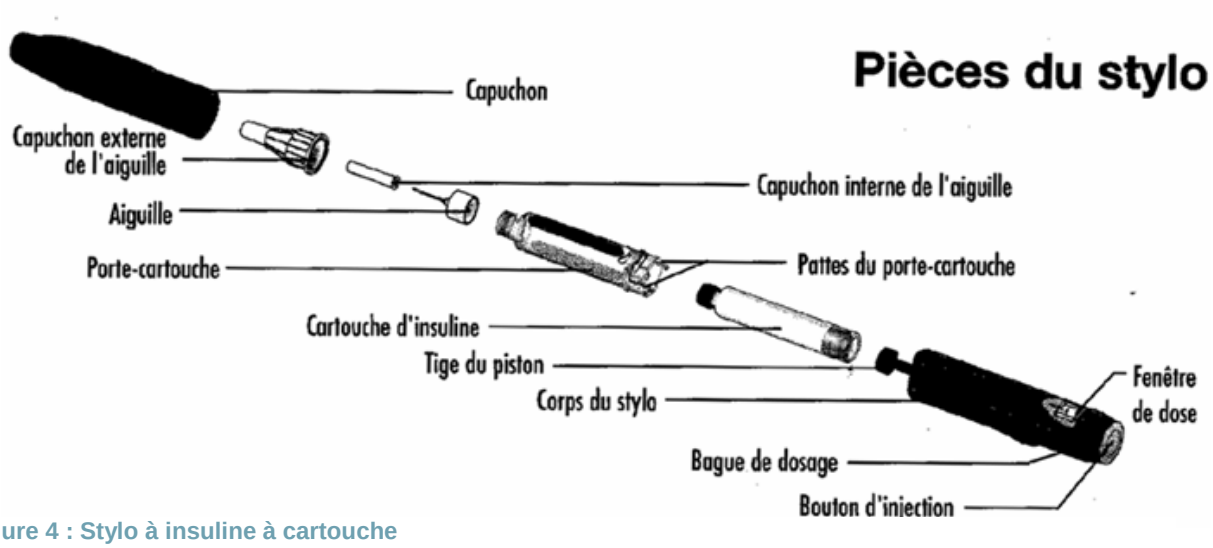


Figure 4 : Stylo à insuline à cartouche

Le patient sous insuline est souvent pris en charge par un service hospitalier de diabétologie qui prescrit le matériel choisi. Le médecin traitant et le pharmacien doivent prendre le relais. Une fois sorti de l'hôpital, c'est à nous de veiller à ce que le traitement soit bien géré. Nous devons inciter le patient à nous présenter les problèmes qu'il rencontre, du plus anodin au plus sérieux. Nous sommes aussi présent pour l'informer sur sa maladie, son évolution, les nouveaux traitements, les nouveaux appareils (stylos, lecteurs, aiguilles …).

Le lecteur de glycémie

Là aussi le marché propose un dizaine de lecteurs différents et s'enrichit de références nouvelles chaque année pour répondre au mieux à la demande des

malades. Chaque lecteur présente ses spécificités qui orientent le choix d'un lecteur adapté à chaque patient, soit :

- La taille de l'appareil : pas plus gros qu'un téléphone portable, léger et maniable,
- L'affichage des résultats : la taille de l'écran définit la taille des caractères, donc leur lisibilité, à prendre en compte chez la personne âgée dont la vue baisse.
- Les boutons de sélection : l'évolution tend vers la simplification, un bouton principal et deux flèches pour contrôler toutes les fonctions. Ici aussi la taille a son importance pour le malade qui tremble par exemple.
- Le dépôt de sang : on trouve de plus en plus des bandelettes qui aspirent le sang par capillarité. L'avantage réside dans le faible volume de sang nécessaire, seulement quelques microlitres. Ceci va de paire avec l'autopiqueur plus fin.
- La rapidité de lecture du résultat : pas de perte de temps, le résultat s'affiche en quelques secondes (3 sec pour les plus rapides). Toutefois ces lecteurs demandent aussi une rapidité d'enchaînement des tâches : insérer la bandelette et déposer le sang ; le patient doit préparer son matériel pour se piquer sans hâte avant le reste ou bien se piquer vite fait entre l'insertion de la bandelette et le dépôt. Les deux solutions sont contraignantes, la première car il faut insérer la bandelette avec un doigt sanglant ; la deuxième parce que la piqûre doit être correctement réalisée dans un temps compté.
- Les fonctions de mémorisation, transmission des informations à une imprimante, etc, sont assez courantes et somme toute peu utilisées par les malades qui préfèrent noter leurs résultats sur un carnet de suivi de glycémie.

Ces carnets sont donnés aux patients par les pharmaciens ou les laboratoires et permettent au patient mais aussi aux médecins et pharmaciens de visualiser sur une même page les résultats de glycémie et les unités d'insuline injectées (si besoin).

2.4.4 - Prescription et remboursement

La LPP prévoit une prise en charge intégrale des kits et consommables pour le traitement des diabétiques. Pour les stylos injecteurs avec aiguille (à cartouches), la prise en charge est accordée: dans la limite d'une attribution par an pour l'administration d'insuline (LPP 1132086, 45,74€).
La prescription peut être réalisée par tout médecin, généraliste ou spécialiste.

2.4.5 Le « coin » du pharmacien

Nous réalisons des mesures de glycémie toute l'année chez toute personne nous en faisant la demande, ainsi que chez toute personne dite à risque : femmes enceintes, personnes âgées.

La femme enceinte fait l'objet d'une surveillance médicale importante. La prévention du diabète gestationnel fait partie des missions de santé publique à promouvoir. Après les tests de contrôle de la glycorégulation (test de O' Sullivan et Test d'hyperglycémie provoquée orale), certaines femmes sont dites à risque de diabète. Nous pouvons largement démocratiser le contrôle de la glycémie de la femme enceinte afin de la rassurer pendant cette période souvent angoissante.

La personne âgée nécessite davantage de soins pour bien adapter le matériel à ses capacités, par exemple la préhension du stylo injecteur d'insuline, surtout la bague de dosage et le bouton d'injection, peut être difficile. Il existe alors parmi les petites aides techniques des « adaptateurs » en silicone très utiles ; il faut choisir aussi un bouton très souple afin que l'injection requière peu de force au bout du doigt.

La maison du diabète d'Épinal (31 rue Thiers à Épinal, tel : 03-29-32-59-53) : un réseau de professionnels de santé constitué entre autres de médecins, diabétologues et généralistes, d'infirmiers, de diététiciennes, de pharmaciens, propose aux patients des ateliers à thème tels que la surveillance de la glycémie, l'insulinothérapie, le sucre dans l'alimentation quotidienne, le pied du diabétique (elle expose même des chaussures médicales pour diabétique, ex : Pulmann®), détecter une hypoglycémie... Cette structure apporte un vrai plus aux professionnels de santé vosgiens et aux malades ; sans jamais négliger son rôle à l'officine, le pharmacien qui oriente le patient vers la maison du diabète sait qu'il trouvera un écho important à l'éducation thérapeutique. Il ne faut pas avoir peur de re-voir, ré-expliquer, re-montrer ; ne dit-on pas qu'enseigner (éduquer) c'est l'art de savoir répéter.

Le système de collecte des déchets sanguins a su évoluer. Désormais, les laboratoires offrent un collecteur de déchets sanguins avec les aiguilles à usage unique pour stylo injecteur. Les déchetteries vosgiennes sont organisées pour récupérer ces collecteurs, ainsi elles échangent le collecteur plein que rapporte les patients contre un vide. Cela a permis de mettre un terme aux stockages artisanaux dans des bouteilles plastiques ou autres pour lesquels aucun retraitement n'était prévu.

Je vous propose de découvrir un prototype futuriste de lecteur de glycémie :
Le concept lecteur de glycémie Lima

Figure 5 : Lecteur de glycémie Lima

Il est censé surveiller votre glycémie sans prendre une seule goutte de sang, une nouvelle réjouissante pour beaucoup de personnes concernées.
Comment va-t-il faire ? Pour commencer, il utilise des rayons infrarouges pour pénétrer la peau, puis la lumière va rebondir vers le capteur du Lima qui va alors identifier les types de glucose en se basant sur les fréquences et les longueurs d'onde qu'ils émettent.
C'est un concept intéressant, à quand dans nos officines?

2.5 - L'incontinence urinaire

2.5.1 - Généralités sur l'incontinence urinaire

L'incontinence urinaire est une perte urinaire involontaire permanente ou occasionnelle, même de faible volume.
Environ 5 millions de personnes sont concernées à des degrés très différents. Cela représente un défi en termes d'hygiène mais aussi un problème socialement fort invalidant.

La vessie et l'urètre sont soutenus et maintenus en place par un amas de muscles appelés muscles pelviens, qui maintiennent la vessie fermée. Si ces muscles perdent de leur tonicité et de leur élasticité, même des réactions corporelles anodines, comme tousser, peuvent provoquer des fuites urinaires. Les muscles pelviens peuvent être distendus et affaiblis lors de l'accouchement. L'obésité peut également provoquer des pertes d'urine, car elle exerce une pression excessive sur les muscles abdominaux et pelviens.

Le type de fuites urinaires le plus fréquemment rencontré chez les hommes est un écoulement continu. Celui-ci est souvent provoqué par un gonflement de la prostate qui empêche le passage de l'urine lorsque vous urinez. Par conséquent, la vessie ne se vide pas complètement.
Les vessies des hommes peuvent être temporairement affaiblies après une opération de la prostate, même si, généralement, les choses retournent à la normale après environ un an.

La toux des fumeurs peut également être une source indirecte d'incontinence car la toux est en général plus fréquente et plus violente. En outre, le risque plus important de connaître des problèmes circulatoires dus à la cigarette et la prescription de médicaments diurétiques qui en découle augmenteront également le risque de pertes urinaires. Le type le plus fréquent d'incontinence chez les hommes est le regorgement.
Les lésions nerveuses, certains médicaments, la constipation et même une infection peuvent être à l'origine de l'incontinence.

2.5.2 - Présentation du cas

Monsieur L., jeune retraité de 60 ans, rentre à son domicile à la suite d'une prostatectomie. Sa femme se présente à l'officine avec une ordonnance du chirurgien urologue. A ses dires l'opération s'est bien passée mais son époux souffre d'incontinence postopératoire. En effet cette intervention est porteuse de 2 séquelles, les troubles de l'érection et l'incontinence, dont les fréquences

et degrés de sévérité sont extrêmement variables d'une équipe à l'autre : entre 0,3 et 65,6% des cas selon un rapport du Comité des Troubles Mictionnels de l'Homme de 2006.

L'ordonnance comprend : des antalgiques de pallier II et des coquilles absorbantes. La délivrance est faite en veillant bien aux conseils pour éviter la constipation qui peut survenir suite à l'opération et/ou due aux dérivés morphiniques contenus dans les antalgiques prescrits. Nous insistons sur l'importance d'une bonne hydratation surtout quand on sait que les patients souffrants d'incontinence urinaire ont tendance à limiter leurs apports hydriques pour réduire leurs urines.

Madame L. revient le lendemain pour nous dire que les coquilles ne conviennent pas aux besoins de son mari. Le volume des fuites est trop important. Une protection plus adaptée lui est proposé sous forme de protège-slips anatomiques pour homme (cf. figure 6).

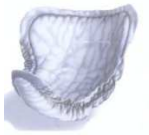


Figure 6 : Protège slip anatomique Tena®

Figure 7 : Couche Tena®

Figure 8 : Etui pénien Coloplast®

Figure 9 : Poche recueil d'urine avec attache-lit

M. L. revoit le chirurgien quelques jours plus tard. Celui-ci lui prescrit alors du matériel de drainage passif, c'est-à-dire des étuis péniens (cf. Figure 8) et des poches de recueil d'urine (cf. Figure 9) dont le modèle est spécifié sur l'ordonnance. Il s'agit dès lors de choisir le diamètre et la longueur des étuis péniens. Les différents fournisseurs proposent des « règles » pour déterminer le diamètre de la verge, la longueur est standard ou courte pour les pénis rétractés, il est plus facile de laisser le mesureur au patient et si possible quelques échantillons. Il est nécessaire de questionner le patient au sujet d'une éventuelle allergie au latex. Les étuis peuvent être portés 24 heures au maximum. Pour retirer les résidus d'adhésif sur la peau, il faut utiliser un coton imbibé d'huile d'amande douce, puis laver la peau à l'eau et au savon, afin de retirer toute trace de gras qui pourrait diminuer l'adhérence de l'étui suivant. Un nouvel étui est mis en place après la toilette quotidienne.

2.5.3 - Choix de l'appareillage

Dans ce cas, le choix de l'appareillage a été fait par le spécialiste. Le degré de l'incontinence a pu être sous estimé en premier lieu par le chirurgien pour plusieurs raisons. Soit le problème en cause de cette incontinence a

évolué, en effet l'hospitalisation reste de courte durée ainsi une fois de retour au domicile les séquelles apparaissent ou évoluent, soit le patient a minimisé le volume des pertes face au spécialiste peut-être par pudeur ou par peur de rester hospitaliser.

Notre choix, quand Madame L. nous a expliqué l'inadéquation des coquilles, a été motivé par :

Le volume et la fréquence des écoulements rapportés par la femme de M. L.

La mobilité et le mode de vie du patient jeune et actif.

Le matériel de drainage passif ne peut faire l'objet que d'une prescription médicale. L'appareillage est une démarche temporaire de la part du spécialiste qui envisage l'amélioration à venir, on parle des 12 mois qui suivent l'opération. Son choix tient compte de son pronostic et de sa démarche thérapeutique globale. Le pharmacien joue alors son rôle de conseil mais ne saurait se substituer au médecin.

2.5.4 - Prescription et remboursement

Les coquilles comme tous les autres appareillages palliatifs (protège-slip, slip à usage unique, couche et alèses jetables) ne font pas l'objet d'une prise en charge par la sécurité sociale.

Les matériels pour drainage actif (sondes, poches de recueil) sont inscrits à la LPPR au titre I- chapitre 1 -section 4 (Appareillage pour incontinence urinaire masculine, Appareils pour incontinents urinaires et/ou stomisés urinaires ou digestifs, Électrostimulateur neuromusculaire pour autotraitement à domicile de l'incontinence sphinctérienne).

La prescription médicale peut être réalisée par tout médecin.

2.5.5 - Le « coin » du pharmacien

Dans le cas que nous venons de rencontrer, l'importance est donné au respect de la pudeur du patient. Les informations dont nous avons besoin pour satisfaire la demande du patient doivent être claires et précises. Il faut garantir un accueil discret, à l'abri des regards, et isolé pour que le patient s'exprime librement.

Nous rencontrons souvent des commissionnaires comme l'épouse de M. L. dans le cas présent, qui ne peuvent pas toujours donner les réponses nécessaires à l'appareillage idéal. Heureusement les fournisseurs, conscients de ces problèmes, nous permettent d'échantillonner les patients. Attention, il ne

s’agit pas de laisser le patient avec un exemplaire de toutes les gammes sans cibler la nature du besoin ni sans expliquer la pose des protèges slip ou autre.

J’insiste sur le fait que la pose des protections est importante chez la personne invalide et/ou alitée pour garantir son confort et prévenir les phénomènes de macération et les lésions cutanées : facteurs de risque de la survenue d’escarres (cf. Figure 10).

Figure 10 : mise en place d'une couche anatomique Tena®

Le pharmacien et son équipe ont un rôle d’écoute et de conseil primordial dans ce domaine car nous savons que le marché de la grande distribution peut mettre à mal notre image. Il ne tient qu’à nous de valoriser la prise en charge de l’incontinence et d’apporter un vrai plus aux yeux de la « patientèle ». Nous sommes aussi là pour prodiguer nos conseils en matière de rééducation périnéale : maintenant possible à la maison avec un appareil d’électrostimulation sans fil appelé KEAT®, ou bien à l’aide d’un programme d’exercices de gymnastique périnéale simples à réaliser.

Aujourd’hui, il ne s’agit pas seulement de traiter mais mieux en terme de santé publique de prévenir certaines formes d’incontinence. Les facteurs de risques sont connus : l’âge, les accouchements et autres problèmes obstétricaux, les dérèglements hormonaux liés à la ménopause, l’obésité, la constipation… Prévenir c’est assurer un bon transit intestinal et réduire l’obésité en veillant à une alimentation équilibrée, boire beaucoup permet un bon drainage de la vessie.

Pour la personne âgée qui souffre d’incontinence, nous pouvons conseiller de localiser à temps les toilettes dans un lieu inconnu, porter des vêtements pratiques et faciles à ouvrir, adapter l’environnement (rehausse WC, chaise percée…), rappeler que certains médicaments (ex. les diurétiques) risquent d’aggraver la situation…

Pour aider à comprendre l’origine de l’incontinence nous pouvons proposer un calendrier mictionnel sur 24 ou 48 heures sur lequel le patient notera l’heure et le volume des mictions et des fuites, la cause des fuites (effort, mouvement,

repos) ainsi que les quantités de liquide ingérées. Le mode de vie des patients constitue une part non négligeable de ces troubles.
Nous pouvons également nous servir des nombreuses documentations mises à notre disposition. Certains fournisseurs présentent sur leur site internet de nombreuses réponses à des questions sensibles qui sont rarement abordées à l'officine, à nous d'orienter et d'informer.

2.6 - Le lit et ses accessoires

2.6.1 - Introduction, définitions

Le lit médicalisé intervient dans la prise en charge de la personne âgée pour diverses raisons : difficultés motrices, agitations nocturnes, affections neuromusculaires avec déficit fonctionnel, prévention des chutes de lit, traitement et prévention des escarres chez la personne alitée, amélioration du nursing...

Aujourd'hui les fournisseurs proposent des gammes de lits variées qui effacent l'image du lit d'hôpital tel que les patients se l'imaginent. On trouve des lits habillés de bois, colorés, de taille variable, des lits doubles quand les patients refusent de faire chambre à part ! etc. Cette diversité nous permet de réduire les réticences du patient et de le faire adhérer.

2.6.2 - Présentation du cas

La nuit, le sommeil de Madame S. devient de plus en plus difficile, elle ne veut plus dormir dans son lit. Elle préfère rester dans le fauteuil où elle passe déjà toutes ses journées. La famille de Madame S. pense que la position allongée ne lui convient plus, pour cause, semble-t-il, de difficultés respiratoires, de douleurs, de l'impossibilité de se lever seule...

Les infirmières qui viennent la soigner lui parlent d'un lit médical. Il lui permettrait de se lever plus facilement, une fonction relève-buste électrique l'aiderait à s'asseoir sans effort et la hauteur du sommier peut être réglée de façon à ce que les pieds de la personne assise reposent à plat sur le sol, les fesses légèrement plus hautes que les genoux.
La famille et l'équipe soignante ont remarqué un phénomène de glissement chez Mme S. La mise en place du lit médicalisé et de ses accessoires crée un environnement adapté à son nursing et confortable en fin de vie.

2.6.3 - Choix de l'appareillage

La chambre à coucher de la personne âgée ne doit pas être considérée comme une simple pièce synonyme de repli. Au contraire, elle nécessite un aménagement particulier favorisant le confort et la sécurité.
A l'achat, le choix de l'appareillage est fait par le patient ou sa famille. Il est surtout fonction du coût du lit (LPP 1270316 : 933,60€) les prix de vente pour un lit simple peuvent aller jusque 2 000€, viennent ensuite les détails pratiques

(hauteur abaissée pour les risques de chute, commandes électriques des relève-buste et relève-genoux, télécommande verrouillable par clé magnétique, barrières spécifiques…) puis esthétiques (habillage assorti au mobilier, coloris).
Les caisses de sécurité sociale incitent davantage à l'achat. L'appareillage est aujourd'hui plus facile et précoce, la durée d'utilisation est prolongée et l'achat devient une dépense moins coûteuse pour les caisses. Par simple calcul, au-delà de la 58ème semaine de location, celle-ci coûte plus que l'achat.

Ces quelques questions orientent le choix du lit et de ses fonctions :

Le patient a-t-il besoin d'un relève-buste, d'un relève-jambe, d'être installé en position de Fowler (cf. schéma ci-dessous) ?

Les commandes du lit doivent-elles être électrifiées ?

Le patient est-il confus et agité ? Nous préfèrerons un plan de couchage qui descende bas pour réduire la gravité des chutes éventuelles.

La personne présente-t-elle un surpoids nécessitant un lit spécial ? Certains lits supportent une charge maximale de 200 kg, matelas compris (soit 135 kg pour la personne).

Une potence est-elle nécessaire ?

S'agit-il d'un lit simple ou double ? Dans le cas d'un lit double il faut justifier que les deux conjoints bénéficient d'une prise en charge de lit médicalisé.

Figure 11: lit médicalisé double Medimad®

Les barrières sont-elles nécessaires ? J'entends par là : le médecin a-t-il prescrit des barrières ?
Entre 2000 et 2004, les barrières de lits médicaux ont été responsables de 311 déclarations d'incidents auprès de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps) dans le cadre de la matériovigilance. La moitié de ces déclarations concernent des chutes ; 29 % des piégeages observés ont eu lieu entre des demi-barrières et 20% environ de ces incidents ont entraîné le décès du patient. L'ANAES a publié en octobre 2000 un rapport intitulé : « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » consultable sur http://www.has-sante.fr/ dans lequel il recommande de n'utiliser les barrières de lits que lorsque celles-ci ont été prescrites par un médecin. Enfin, s'assurer qu'il y ait au moins 22 cm entre le dessus du matelas non comprimé et le haut de la barrière.

Un matelas « anti-escarres » est-il nécessaire ? (ou un surmatelas) Il faut au préalable évaluer le risque de survenue d'escarres. En France, nous utilisons préférentiellement l'échelle de Norton, bien qu'il existe d'autres systèmes d'évaluation. Le score de Norton détermine la nécessité de prise en charge : plus il est bas, plus le risque est élevé. Un patient est à risque pour un score égal ou inférieur à 14 sur 20. Il est préférable que ce soit le médecin ou une équipe soignante qui réponde à l'échelle de Norton.

Tableau 1: Echelle de Norton

état général *	état mental	activité autonomie	mobilité alité	incontinence
BON : **4**	BON : **4**	SANS AIDE : **4**	TOTALE : **4**	AUCUNE : **4**
MOYEN : **3**	APATHIQUE : **3**	AVEC AIDE : **3**	DIMINUEE : **3**	PARFOIS : **3**
MAUVAIS : **2**	CONFUS : **2**	ASSIS : **2**	TRES LIMITE : **2**	URINAIRE : **2**
TRES MAUVAIS : **1**	INCONSCIENT : **1**	TOTALEMENT ALITE : **1**	IMMOBILE : **1**	URINAIRE ET FECALE : **1**

Le choix du matelas (ou surmatelas) sera détaillé dans le chapitre sur le traitement des escarres. Il ne faut pas oublier de proposer une alèse, elle aussi adaptée au risque d'escarres.

Concernant des accessoires devant faire l'objet d'une prescription en sus :
Le malade est-il perfusé ? Dans l'affirmative une tige porte-sérum est à installer. Remboursée à la location selon un des forfaits de perfusion.
Dans le cas d'un patient impotent et difficilement mobilisable, un soulève malade est-il nécessaire pour les transferts ? Il est remboursé à la location.
Le patient mange-t-il au lit ? A-t-il besoin d'une table de lit ? (non remboursée)
Chez la personne assignée au lit et continente un plat bassin peut être nécessaire (non remboursé).

2.6.4 - Prescription et remboursement

Selon la LPP : « La conception du lit (hauteur du plan de couchage, forme, piètement) doit permettre l'adaptation aux soins dans de bonnes conditions de stabilité, de sécurité et de confort pour le malade; la conception du sommier et du matelas doit être adaptée aux séjours alités prolongés.
Le matelas doit être adapté aux fonctions du lit (présence de découpes correspondant aux articulations du buste et des jambes); il est fourni avec une housse. Les matériaux utilisés sont réputés anti-allergiques et auto-extinguibles.
En outre, le matériel doit offrir la possibilité d'un nettoyage et d'une décontamination efficace pour garantir le maximum de sécurité à l'utilisateur. »

Le lit de base est équipé de relève-buste ou de relève-jambe; il peut être équipé également des fonctions supplémentaires suivantes:

- Hauteur variable permettant d'adapter, avec souplesse et en toute sécurité, la hauteur du plan de couchage aux besoins du malade (soins, transferts...), en sa présence;
- Retournement ventral, dorsal et latéral;

- Plicature des genoux (position de Fowler cf. Figures ci-dessous)
- Commande électrique, conforme aux normes de sécurité en vigueur, accessible au malade, lui permettant d'adapter la position du lit à ses besoins sans l'aide d'une tierce personne.

Figure 13: lit médicalisé à double plicature

Figure 12 : Position de Fowler sur lit médicalisé

Libellé de l'ordonnance : location d'un lit médicalisé (avec barrières, avec potence) pour une durée de X mois (ou X semaines).
La prise en charge des barrières ne peut se faire que si elles sont prescrites. Cependant à l'achat les lits sont le plus souvent équipés de barrières comprises dans le prix du lit.

2.6.5 - Le « coin » du pharmacien

Grâce à notre connaissance du malade, de son environnement, des soins dont il bénéficie ou va bénéficier, nous pouvons déceler le moment où les conditions sont présentes pour avoir recours à un lit médicalisé et à ses accessoires.
Devant la multitude de lits sur le marché notre rôle prend tout son sens quand nous déterminons le matériel le plus adapté et proposons les « outils » qui garantissent le confort du patient.

Il peut être nécessaire de visiter le domicile du patient avant la commande du lit afin d'observer son mode de vie. Cette visite s'avère utile et riche en informations pour bon nombre de matériels de maintien à domicile. Il ne faut pas oublier qu'un patient alité est un patient qui ne peut plus venir à l'officine, alors l'officine viendra à lui.
L'installation d'un lit médicalisé impose également une maintenance des appareils, il est préférable d'anticiper la demande du patient, quand cela est possible, par l'interrogation du patient sur le bon fonctionnement de son matériel. En effet, les personnes âgées dépendantes hésitent parfois à « déranger » le pharmacien pour une réparation. La dépendance, c'est demander de l'aide, du temps, une visite, un coup de main, c'est ne pas oser, ne pas admettre la nécessité, ne pas savoir que c'est possible, c'est aussi oublier. Le malade doit plus qu'ailleurs se sentir libre de s'exprimer dans une

pharmacie. Ce rôle nous est familier pour ce qui est de la prise en charge des médicaments mais il reste à développer quant au maintien à domicile.

Venir installer un lit médicalisé c'est aussi venir l'enlever (surtout pour la location) quand la personne âgée n'en a plus besoin (exemple d'une hospitalisation de longue durée) ou bien quand la famille annonce son décès.

2.7 - La prévention et le traitement des escarres

2.7.1 - Introduction, définitions

L'escarre est une plaie chronique, c'est-à-dire que sa cicatrisation n'est pas spontanée, elle dure généralement plus de trois mois. C'est une plaie évolutive. On décrit quatre stades d'évolution :

- Le stade I correspond à une rougeur qui persiste au niveau de la zone d'appui. À ce stade il n'existe pas encore de perte de substance (début d'ulcération).
- Le stade II correspond à l'apparition de phlyctènes et d'abrasion superficielle cutanée.
- Le stade III correspond à l'apparition de lésions qui touchent le plan sous-cutanée. Il s'agit de l'apparition de nécrose pouvant atteindre l'aponévrose sous-jacente.
- Le stade IV correspond à des lésions profondes qui dépassent l'aponévrose et peuvent atteindre les os.

Les traitements s'adaptent au stade de l'escarre et la complexité apparaît quand une même plaie présente des zones de stades différents.
L'étiologie de l'escarre est en premier lieu un trouble trophique d'origine ischémique ; des appuis prolongés bloquent l'irrigation des tissus qui s'altèrent.
La longueur et le coût des traitements incitent à davantage de prévention. Celle-ci repose essentiellement sur la réduction des hyper-appuis grâce à des supports qui répartissent les charges voire créent de réels mouvements.

2.7.2 - Présentation du cas

M. G. porte les séquelles d'un lourd accident vasculaire cérébral. Cela fait plusieurs années qu'il se déplace en fauteuil roulant et ce grâce à son seul bras valide. Sa paraplégie, doublée d'une hémiplégie sont à l'origine de divers problèmes de santé tels que des troubles circulatoires, une incontinence urinaire permanente, des infections urinaires à répétition, qui freinent la cicatrisation de ses escarres.
M. G. a creusé des escarres fessières de taille importante et très exsudatives. Sa femme s'occupe de la réalisation de ses pansements qui s'impose quotidiennement. En effet, les exsudats saturent très vite les pansements.

2.7.3 - Choix de l'appareillage

Le traitement de la plaie se fait à différents niveaux : en contact avec la plaie, les pansements ; sur la vascularisation et la trophicité de la plaie, le support.

Le support :

Il convient d'équiper son lit médicalisé d'un matelas « anti-escarre » pour la nuit et son fauteuil d'un coussin « anti-escarre » pour le jour.

Le choix du support est fonction du risque de survenue d'escarre. L'échelle de Norton (cf. chapitre 2-6 sur les lits médicalisés) est utilisée pour définir le niveau du risque d'escarres, c'est principalement sur cette échelle que se base la LPP pour poser ses critères de prise en charge.

En prévention courante, il est habituellement proposé des supports statiques, tels que les matelas en mousse découpée (ou moulée) en forme de gaufrier, dont on peut rapprocher les supports modulaires à plots (visant à créer des zones de décharge sélective), ou les surmatelas en fibres creuses siliconées (non inscrit à la LPP). Les mesures d'éducation du patient (position, mobilisation) sont alors à privilégier, compte-tenu de leur faible coût.

En traitement des escarres de stade I et II, on utilise les supports statiques les plus performants, tels que des surmatelas statiques à cellules pneumatiques ou des supports en mousse de type mousse à mémoire de forme.

En traitement des escarres de stade III ou IV, on utilise des supports dynamiques, tels que les lits fluidisés ou les lits à air. Les lits à air ont tendance à se développer car, pour une efficacité et un coût comparables, ils offrent de nombreux avantages : moindre poids, possibilité d'installations orthopédiques, meilleure acceptation par les patients, maintenance plus aisée, nombreuses options possibles (pesée intégrée, ventilation, chauffage, dispositifs de retournement, etc).

Quelle que soit la sophistication d'un support, son efficacité est tributaire d'une installation correcte du malade que ce soit au lit ou au fauteuil. Les supports sont surveillés régulièrement du fait des risques d'incidents de fonctionnement et de l'altération constante des propriétés après un temps variable d'utilisation.

Les supports ne constituent qu'une aide : ils ne dispensent pas de la nécessité des manœuvres périodiques de soulagement ou de changement des zones d'appui, même si certains supports permettent d'en diminuer la fréquence

Les pansements :

La cicatrisation des plaies chroniques fait l'objet de nombreuses études qui ont œuvré ces dernières années au changement de stratégie de soin. C'est l'ère de la cicatrisation en milieu humide.

La pose d'un pansement sur une plaie a deux objectifs principaux :

- la protéger des agressions extérieures,
- entretenir un environnement favorable à sa cicatrisation.

Le pansement peut rester en place plusieurs jours sans être soulevé ou changé. En effet, la cicatrisation est un processus fragile, les berges de la plaie sont les zones de synthèse de l'épiderme « neuf » (cicatrisation centripète), l'action mécanique qui consiste à ôter le pansement (ne serait-ce que pour voir

l'évolution de la plaie) crée des microlésions de ces berges et ralentit la cicatrisation. On connait aussi le rôle néfaste de l'exposition de la plaie à l'air libre qui subit l'oxydation de ses tissus par l'air. Le dernier argument en faveur de cette occlusion est le développement des bactéries saprophytes anaérobies qui participent à la cicatrisation. C'est pourquoi la désinfection d'une escarre n'est pas conseillée car elle détruirait la flore cutanée.
En fonction du stade de la plaie, certains pansements sont transparents afin de pouvoir contrôler l'évolution de la cicatrisation sans le soulever. De la même façon, les pansements des plaies exsudatives ne sont changés qu'à leur saturation ; la mousse hydrocellulaire, dont ils sont constitués, change d'aspect en absorbant les exsudats et ceci est visible à la surface du pansement.

Figure 14 : La cicatrisation en milieu humide

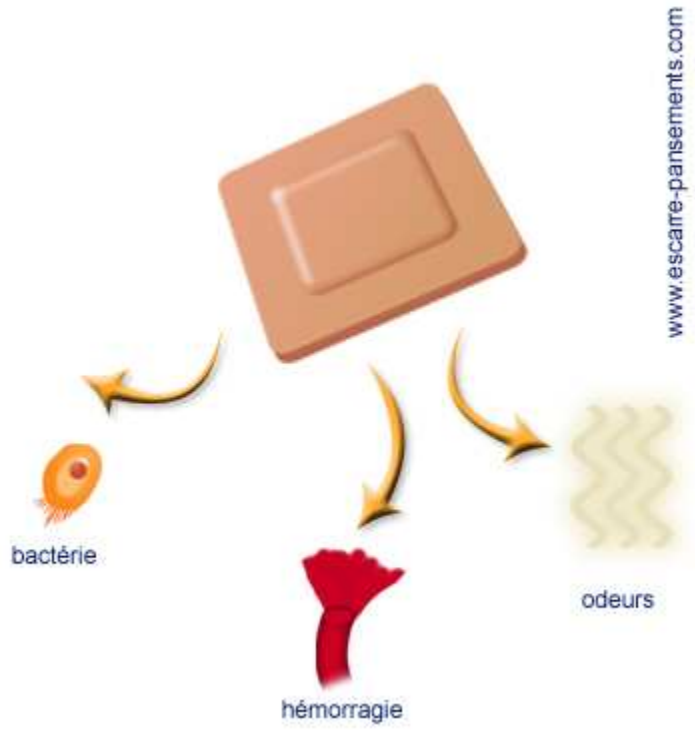


Figure 15 : Les pansements antibactériens, hémostatiques, absorbeurs d'odeurs

Le choix du pansement est fonction de la nature de la plaie et du stade de l'escarre :

- Sur une rougeur ou une phase de ré-épithélialisation, il faut protéger la peau fragilisée, pour cela on utilise des films de polyuréthane ou des hydrocolloïdes minces.
- Sur des phlyctènes ou une désépidermisation on place un hydrocolloïde mince.
- Sur une zone d'appuis très marqués et/ou sur une plaie exsudative il convient de poser un pansement hydrocellulaire qui amortit et absorbe.
- Sur une plaie nécrotique il faut pratiquer une détersion à l'aide d'un hydrogel sur lequel on place un hydrocolloïde mince.
- Les alginates sont très absorbants et ont une propriété d'hémostase intéressante en cas de plaie hémorragique.

- La présence de charbon dans le pansement est indiquée en cas d'escarres malodorantes car il adsorbe les gaz produits.
- On retrouve également des principes actifs médicamenteux dans certains pansements tels que l'ibuprofène pour son action antalgique locale.
- L'acide hyaluronique relance la cicatrisation des plaies atones après détersion.

2.7.4 - Prescription et remboursement

Tout médecin peut prescrire un matelas ou un coussin « anti-escarres ».
La LPP prévoit plusieurs classes de support selon le risque de survenue d'escarres, des dépassements sont à prévoir dans certains cas.
Coussins de série de classe 1, leur prise en charge est assurée :

* pour les patients présentant un risque d'escarre évalué à un score inférieur ou égal à 14 sur l'échelle de Norton ou ayant un risque équivalent évalué par une autre échelle validée,
* pour les patients atteints de lésions médullaires.

Coussins de série de sous-classe 1A : leur prise en charge est assurée dans la limite d'un coussin maximum par an, il existe : coussin en mousse monobloc ou avec découpe, coussin à eau, coussin à air statique, coussin mixte : en mousse et eau ou en mousse et air statique.
Coussins de série de sous classe 1B : leur prise en charge est assurée dans la limite d'un coussin maximum tous les deux ans. Ce sont les coussins en mousse structurée formé de modules amovibles, les coussins en gel et les coussins en mousse et gel.
Coussins de série d'aide à la prévention des escarres de classe 2, leur prise en charge est assurée tous les trois ans :

* pour les patients assis en fauteuil pendant plus de dix heures par jour,
* pour les patients ayant un antécédent d'escarre et présentant un risque d'escarre évalué à un score inférieur ou égal à 14 sur l'échelle de Norton ou ayant un risque équivalent évalué par une autre échelle validée.

Ils comprennent les coussins pneumatiques à cellules télescopiques, les coussins en mousse viscoélastique dit "à mémoire de forme", les coussins ischiatiques sur mesure. Ce coussin est conçu à partir d'une empreinte réalisée à l'aide d'une nappe de capture de pression de type capacitif et d'un logiciel utilisant la méthode de calcul par éléments finis.
La prise en charge de ce coussin est subordonnée :

* à la prescription par une équipe pluridisciplinaire constituée au minimum d'un médecin de médecine physique et de réadaptation aidé d'un kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute,
* au suivi du patient tous les trois mois par une équipe de ce type,
* à la fabrication et à l'adaptation de ce coussin par un orthoprothésiste.

En ce qui concerne les matelas, la LPP prévoit au remboursement :
Les surmatelas et support de plus de 5 cm pour surmatelas ;
Matelas ou surmatelas de classe 1 :
Matelas ou surmatelas de sous-classe 1A dont la prise en charge est assurée dans la limite d'un matelas ou d'un surmatelas maximum par an (matelas ou surmatelas en mousse avec découpe en forme de gaufrier, matelas ou surmatelas à pression alternée)
Matelas ou surmatelas de sous-classe 1B, leur prise en charge est assurée dans la limite d'un matelas ou d'un surmatelas maximum tous les deux ans (matelas ou surmatelas avec produits à forte viscosité ou en mousse et produits à forte viscosité, matelas ou surmatelas en mousse structurée formés de modules amovibles de densité et/ou hauteur variable, matelas ou surmatelas en fibres siliconées).
Matelas ou surmatelas de classe 2 leur prise en charge est assurée : pour les patients ayant un antécédent d'escarre et présentant un risque d'escarre évalué à un score inférieur ou égal à 14 sur l'échelle de Norton ou ayant un risque équivalent évalué par une autre échelle validée.
Leur prise en charge est assurée dans la limite d'un matelas ou surmatelas maximum tous les trois ans. On trouve des matelas ou surmatelas pneumatique à cellules télescopiques, des matelas ou surmatelas en mousse viscoélastique dits "à mémoire de forme".
Matelas de classe 3 dont la prise en charge est assurée : pour les patients ayant un antécédent d'escarre et présentant un risque d'escarre évalué à un score inférieur ou égal à 14 sur l'échelle de Norton ou ayant un risque équivalent évalué par une autre échelle validée.
Leur prise en charge est assurée dans la limite d'un matelas ou d'un surmatelas maximum tous les cinq ans.
Les pansements sont inscrits à la LPP au titre I chapitre 3. Ils sont très bien pris en charge, seuls quelques pansements demandent une participation financière du patient (ex : cas de certains pansements pour talon avec découpe particulière en papillon).
Il faut savoir et faire savoir que, depuis le 15 Avril 2007, les infirmiers sont habilités à prescrire des dispositifs médicaux dont la liste est fixée de façon limitative par l'arrêté du 13 avril 2007 et téléchargeable sur le site de l'assurance maladie www.ameli.fr.

2.7.5 - Le « coin » du pharmacien

Le maître mot du traitement des escarres est encore la **prévention**. Cette démarche de maintien à domicile est indispensable chez les personnes âgées vivant seules.
La prévention passe par :

- La mobilisation de la personne impotente plusieurs fois par jour.
- La mise en place de supports dits « anti-escarres » au lit et au fauteuil.
- Le massage très doux voire l'effleurage de la peau saine à risque avec des glycérides hyperoxygénés qui maintiennent le niveau d'oxygénation tissulaire à l'appui (Sanyrène® de chez Urgo®).
- La pose de pansements protecteurs le plus tôt possible.
- Eviter la dénutrition de la personne âgée. La carence protéinique est un facteur de risque important.

Une nouvelle technique de cicatrisation voit le jour à l'hôpital : la technique de pression négative (TPN).
La technique de pression négative, par application locale d'une pression négative (sous atmosphérique) au travers de la surface de la plaie grâce à une structure spongieuse, favorise la cicatrisation en répondant aux objectifs suivants :

- éliminer les exsudats et faciliter la formation d'un tissu de granulation
- rapprocher les berges de la plaie
- diminuer la taille de celle-ci
- améliorer la perfusion dermique
- favoriser un environnement humide propice à la cicatrisation.

Cette technique simple consiste à mettre en place dans la plaie un bloc de mousse réticulée rendue étanche par un film adhésif transparent et d'appliquer une force d'aspiration (pression négative) grâce à une tubulure placée sur la mousse. Le vide ainsi créé apporte alors un effet bénéfique à la plaie par l'intermédiaire de différents mécanismes.
Il repose sur les phénomènes concomitants suivants :

- la préservation d'un milieu humide et tiède ;
- le drainage des sérosités et la réduction de la charge bactérienne ;
- la mobilisation du liquide interstitiel (décompression tissulaire) ;
- la stimulation des facteurs de croissance et de défense ;
- l'amélioration de la circulation sanguine, perfusion dermique et répartition vasculaire ;
- la stimulation du processus de néoangiogénèse ;
- la contrainte mécanique (effet centripète et expansion tissulaire inverse)
- la stimulation du tissu de granulation

L’appareil est loué par le distributeur aux hôpitaux qui en font la demande. Les patients pour l’heure ne sont pris en charge qu’à l’hôpital grâce à cette technique. Certains réseaux de santé d’HAD s’organisent pour proposer ces soins à domicile.
Pourquoi ne pas envisager une sortie hospitalière pour que nous officinaux prenions en charge ce traitement qui donne des résultats spectaculaires.

Figure 16 : Vacuum Assisted Closure commercialisé par la société KCI

2.8 - Les aides à la marche

2.8.1 - Généralité sur l'aide à la marche

La marche représente souvent la seule activité physique quotidienne de la personne âgée ou handicapée ; nous ne devons pas oublier son importance. Elle porte un rôle social fort, garder la personne âgée en contact avec la vie hors de son domicile : acheter son pain, aller à la pharmacie… Une personne qui ne peut plus marcher voit son autonomie disparaître et avec elle les liens vitaux qu'elle entretient avec son environnement social.
Sur le plan physique, elle mobilise muscles et articulations indispensables à sa santé.
Le recours aux aides à la marche ne se fait pas toujours sans heurt. Accepter d'être aidé d'une canne ou autre relève du renoncement de l'image d'une vie active. A l'opposé, beaucoup de personnes âgées ne prennent la canne que pour se rassurer. En réalité elles ne s'appuient pas dessus. Cela ne veut pas dire qu'elles ne servent à rien : elles permettent au patient de repérer l'environnement et agissent comme un nouvel organe sensoriel.

Il existe de nombreuses aides à la marche :

Figure 17 : Canne simple à poignée ergonomique

Figure 18 : Déambulateur à cadre déformable

<u>La canne</u>. C'est la plus simple. Il ne faut jamais oublier qu'elle s'utilise du côté sain, du moins chaque fois que c'est possible. D'autre part la canne est toujours trop longue : tout comme les membres inférieurs doivent être tendus pour être efficaces, une canne bien ajustée doit être tenue bras presque tendu.

- <u>La canne tri- ou quadripode</u> : c'est une canne qui tient au sol par trois ou quatre pointes ; son gros avantage est qu'elle tient toute seule, ce qui la rend très intéressante chez le sujet paralysé.

- <u>Le déambulateur</u> : c'est un cadre à quatre pieds qui permet au sujet de marcher en le tenant devant lui, un peu comme une chaise qu'il prendrait par le dossier. Il permet un bon équilibre. Il existe trois modèles : le cadre fixe, que le sujet déplace en le soulevant, et qui a

l'avantage d'être très stable ; le cadre déformable, que le sujet peut faire glisser, mais qui est plus instable ; le cadre à roulettes, qui a les avantages des deux précédents, mais reste un peu plus instable que le cadre fixe.

- Le fauteuil roulant : on ne peut pas rigoureusement l'appeler « aide à la marche » car il s'y substitue.

2.8.2 - Présentation du cas

Madame P. a 84 ans ; elle est hospitalisée depuis cinq mois au Centre Hospitalier Intercommunal de Golbey. Dans quelques jours, elle doit rentrer à domicile.
La patiente a bénéficié de séances de réadaptation pendant son hospitalisation, mais, malgré ses efforts, elle n'a pas récupéré toute sa mobilité. L'équipe soignante lui propose une aide à la marche et se charge de lui faire essayer les différents modèles d'appareils existants. Cette démarche est intéressante mais moins efficace à l'officine. Dans le cadre de la réadaptation, il s'agit d'un réel apprentissage de l'utilisation du matériel. Ce genre de service peut tout à fait s'inscrire au sein d'un réseau de santé de maintien à domicile dans lequel le pharmacien d'officine prendrait part.

2.8.3 - Choix de l'appareillage

Une infirmière du Centre Hospitalier a pris contact avec la pharmacie quelques jours avant la sortie de madame P. afin que nous lui fournissions un rollator à quatre roues (cf. figure ci-contre).

Ce déambulateur à roulette offre des avantages tels que :

-un appui lors de la marche,

-une assise pour ménager des pauses au cours des sorties à l'extérieur,

-un panier à provisions permettant d'apporter et de ramener des objets, qui peuvent s'avérer indispensable au quotidien.

Figure 19 : Rollator à 4 roues

Mme P. habite un appartement au 2ème étage sans ascenseur. Il faut envisager les difficultés rencontrées à monter et descendre le rollator à bout de bras qui pèse 13 kg ; elle doit prévoir de l'aide de la part de son voisinage par exemple pour ne pas se

priver de sorties. Les fournisseurs réalisent des appareils de plus en plus légers et garantissent parallèlement une résistance de l'assise à un poids de 120 kg maximum.

2.8.4 - Prescription et remboursement

Fixes ou articulés ou à roulettes, ils doivent être réglables en hauteur.
Le rollator est pris en charge, à l'achat, par la Sécurité sociale sur la même base de remboursement quel qu'en soit le type (1285619, 53,81€).
La prise en charge à la location est prévue par la LPP (1225646), cependant elle ne se pratique quasiment plus, seuls les déambulateurs assez simples (avec ou sans roulettes) en font partie.
Un forfait de livraison est prévu.
C'est le médecin du Centre Hospitalier qui a rédigé l'ordonnance au moment de la sortie, mais la prescription peut être faite par tout médecin.

Cette ordonnance ne doit comporter que la mention : « Achat d'un déambulateur », à l'exclusion de toute autre prescription.

2.8.5 - Le « coin » du pharmacien

L'appareillage d'une personne avec une aide à la marche quelle qu'elle soit impose d'anticiper les obstacles à la bonne utilisation du matériel :

- Sécuriser le lieu de vie de l'utilisateur ; c'est penser aux espaces nécessaires au passage des portes ainsi qu'au retournement de la personne, ôter les tapis et autres revêtements de sol susceptibles de gêner la marche voire de la faire tomber, proposer d'autres aides pour les pièces exiguës où le déambulateur ne passe pas (par exemple : toilettes, salle de bain…) telles que des barres de soutien, un réhausse WC…
- Evaluer le risque de chutes et les prévenir ; la peur de choir peut « paralyser » une personne âgée qui sait qu'elle peut être seule à ce moment, qu'elle ne peut pas se relever une fois à terre, qu'elle risque de se casser un os et ainsi être hospitalisée et immobilisée de longues semaines. Le pharmacien doit présenter les avantages et inconvénients de chacun, et permettre un essayage préalable, si nécessaire visiter le domicile du patient, pour enfin orienter le choix vers le matériel le plus adapté et le plus sûr.
- Régler le matériel (couper une canne en bois, ajuster les appareils à hauteur variable, vérifier les embouts et les freins) pour assurer une marche facile et sécurisée. Le pharmacien doit faire preuve de

professionnalisme et de tact pour faire admettre qu'il se peut qu'une position confortable pour le patient ne soit pas la meilleure pour marcher.

- Appareiller en temps utiles ; c'est-à-dire ménager un temps de réflexion à la personne indécise et éviter une régression kinésithérapeutique en cas de rupture des soins entre la sortie de l'hôpital (ou du centre de convalescence) et le domicile ; sans oublier l'investissement financier que peuvent représenter certains déambulateurs.

La personne âgée conserve suffisamment d'énergie et de capacités physiques pour assurer de courts déplacements aidés. Or même courts ces trajets ont un rôle majeur sur plusieurs fonctions de l'organisme : sensorielle, musculaire, retour veineux, ossification ; mais aussi image de soi, narcissisme.
Les pertes d'autonomie liées à l'alitement, voire à l'immobilisation au fauteuil, s'installent en quelques jours et évoluent très vite. Au grand âge, l'équilibre physiologique est instable et bascule à la moindre brise.

2.9 - Synthèse :

La conclusion à ces cas pratiques rencontrés au comptoir de notre officine est notre souci de veiller à satisfaire la demande du prescripteur et celle du patient par un service de qualité.

Le maintien à domicile s'applique à tout individu de sa naissance à sa mort. On peut considérer que nous choisirions tous d'être maintenus à domicile et dans de bonnes conditions.

Il reste à préciser que l'exercice officinal du maintien à domicile, parallèlement au vieillissement de notre population, s'adresse bien plus aux personnes âgées ($3^{ème}$ et $4^{ème}$ âges) et/ou souffrantes de pathologies chroniques.

Rien ne présage une diminution du maintien à domicile dans les années à venir, au contraire son évolution s'inscrit dans une politique soucieuse des dépenses de santé générées pour partie par les hospitalisations de personnes que l'on pourrait tout aussi bien maintenir à domicile.

La mobilisation des professionnels de santé, au premier rang desquels les pharmaciens d'officine tiennent place, au développement de structures et à la formation du personnel concerné, exprime la volonté de répondre mieux aux exigences de résultats et de qualité. Réfléchir à nos objectifs en terme de maintien à domicile, promouvoir les moyens efficaces de les atteindre, c'est donner un rôle porteur au pharmacien d'officine aujourd'hui mu par la force des choses.

L'avenir optimiste qu'il nous est permis de dessiner trouve sa place grâce à un constat réaliste de notre travail et une étude des lois qui nous encadrent.

3 - Deuxième partie : le pharmacien d'officine face au maintien à domicile

3.1 - Evolutions : constats – attentes – nécessité

3.1.1 - Le « panier de soin » (package of care)

C'est l'étude des besoins d'une population en termes de soins et la sériation des priorités que va établir une société pour répondre à ces attentes.
Ce constat fait et les directions prises ; cela aura pour incidence directe l'évolution de nos pratiques professionnelles, l'évolution de notre métier de pharmacien.
Quel constat pour quelles priorités ?

L'allongement de l'espérance de vie est, environ, de trois mois par an.

L'espérance de vie en France se situe autour de quatre-vingt ans : 76,7 années pour les hommes et 83,8 années pour les femmes en 2003 *(Chiffres Organisation mondiale de la santé)*. De nos jours cohabitent régulièrement quatre générations. Cette précision prendra toute son importance quand nous parlerons ci-après de ce qui motive le choix toujours croissant du maintien à domicile des personnes malades.
Ainsi : l'allongement de l'espérance de vie de la population,

- celui de l'espérance de vie en bonne santé,
- la projection simple qui nous permet de dire qu'un enfant né en 2000 devrait connaître sept générations et les interactions que cela représente entre quatre générations,
- l'accroissement inéluctable du nombre de patients souffrant de poly-pathologies,

vont permettre de définir un des grands axes de priorité des évolutions à venir : le développement du maintien à domicile en tant que réponse alternative de soin.

L'OMS (Organisation mondiale de la Santé) a fixé comme objectif de promouvoir une vie saine en réduisant les risques de morbidité dans les pays industrialisés.

Elle a ainsi statistiquement établi la liste des dix facteurs de risque et leur charge morbide :

- Tabagisme (12,2%)
- Hypertension artérielle (10,9%)
- Abus d'alcool (9,2%)
- Hypercholestérolémie (7,6%)

- Excès de poids corporel (7,4%)
- Apports insuffisants en fruits et légumes (3,9%)
- Sédentarité (3,3%)
- Drogues illicites (1,8%)
- Pratiques sexuelles dangereuses (0,8%)
- Carence en fer (0,7%)

Les cinq premiers facteurs représentent, à eux seuls, un tiers du poids de la morbidité qui pèse sur notre système de soins.
C'est dire si le rôle du pharmacien, en tant qu'éducateur de santé, a une importance considérable. Si son action sur les déterminants sociaux ou environnementaux reste très limitée, il peut et doit agir directement sur l'évolution des comportements individuels.
On peut déterminer quatre phases pour agir :

- celle de la prévention primaire,
- celle du dépistage et de la prévention secondaire,
- celle de la maladie déclarée,
- et celle de la protection-réadaptation.

Nous aurons l'occasion, ultérieurement, de mettre en relation ces quatre phases et le rôle du pharmacien d'officine en tant qu'acteur du système de santé ; mais nous pouvons déjà entrevoir que la première et la quatrième phase vont être celles qui sollicitent le plus souvent le savoir et les compétences du pharmacien. Parmi ces deux phases : prévention primaire et protection-réadaptation ; la seconde nous concerne plus directement et interroge notre pratique professionnelle dans l'exécution de la prescription du maintien à domicile du patient. Elle renvoie au débat concernant l'évolution de notre culture dominante « paternaliste » à une culture « d'auto-gestion » de sa santé (S. Rameix).

A l'échelle européenne, les enjeux commerciaux sont importants. Ils sont à l'œuvre dans les volontés d'influencer les consommateurs dans le but de leur faire adopter des comportements, dès le plus jeune âge, qui vont marquer toute leur vie d'adulte.
Pourquoi prévenir ?

Les problèmes de santé, vue sous l'angle épidémiologique, dont souffre la population française.

Par comparaison avec nos voisins européens, un Français ou une Française qui arrive à l'âge de 65 ans a la meilleure espérance de vie de l'Union

européenne. Mais, un tiers de la mortalité totale de notre population se situe entre 0 et 65 ans.
Le Haut Comité de Santé Publique propose un découpage de la population française selon l'âge et les pathologies prédominantes :

- de 1 à 14 ans : accidents et blessures, cancer, allergies et asthme, obésité.
- de 15 à 44 ans : morts violentes (accidents de la circulation, suicide, accidents du travail) mais aussi alcoolisme, cancer, santé reproductive et IST, santé mentale.
- de 45 à 74 ans : cancers pulmonaires, digestifs, et du sein ; maladies cardio-vasculaires, santé mentale, affections associées à la ménopause.
- après 75 ans : maladies cardio-vasculaires, cancer, détérioration neurologique (démences), déficits sensoriels et atteintes ostéo-articulaires (fractures et rhumatisme) portes ouvertes à la chronicité.

Cette étude place la France à une des plus mauvaises places du classement européen pour ce qui concerne les 25-65 ans.

On remarque que face à certains facteurs tels que :

- Le surpoids et l'obésité des jeunes
- L'alcoolisme et les IST des 15-44 ans
- Les problèmes de dépistage des cancers de l'adulte
- L'adaptation de la vie des personnes âgées aux troubles neurologiques et sensoriels dont elles sont souvent atteintes

Le pharmacien devient un interlocuteur privilégié et doit pleinement endosser son rôle d'éducateur de santé.
La part à donner à ce rôle dans l'exercice du pharmacien d'officine va faire évoluer, de façon sensible, le métier, sa pratique, ses exigences…

3.1.2 - Le pharmacien d'officine : un métier en « r-évolution »

« Au moment où notre système de soins subit un véritable "bilan de santé" destiné à endiguer les débordements de certaines dépenses pour les adapter plus étroitement aux besoins de chaque patient, il est opportun de rappeler l'intérêt des missions qu'assume, au quotidien, le pharmacien d'officine .»

Le pharmacien d'officine est et restera le pharmacien le plus en contact avec le public. C'est **le** professionnel de santé de proximité.

« Il suffit d'entrer dans une officine, sans rendez-vous préalable, pour le rencontrer. Sa grande disponibilité et son respect du secret professionnel sont des atouts majeurs pour toute personne en quête d'écoute sanitaire et sociale. » (Pharmacien d'officine : un métier au cœur du système de soins, Ordre National des Pharmaciens, Mai 2004)

Historiquement, le pharmacien était l'héritier de l'apothicaire ; il assurait une partie de son service en préparation magistrale des médicaments prescrits pour un patient. L'industrie du médicament a pris en charge cette préparation. Ainsi libéré de ce travail, le pharmacien d'officine a pu devenir un acteur de Santé Publique à part entière. Il assure de façon personnalisée et sécurisée la dispensation et le suivi pharmaceutique des produits de santé et des médicaments. Ces derniers sont classés en deux sortes par l'industrie pharmaceutique :

- d'une part, les médicaments prescrits à visée curative, destinés aux maladies importantes, graves et chroniques ;
- et, d'autre part, les médicaments hors prescription, non remboursables par la Sécurité sociale, utilisés pour traiter les symptômes des pathologies plus simples. Ces médicaments sont, en France, sous la totale responsabilité du pharmacien d'officine. Certains industriels souhaitent développer *«l'auto-médication»* à l'instar de la self-medication (anglo-saxonne), c'est-à-dire vendre des médicaments en libre service sans le recours à un pharmacien, sous le prétexte que certains seraient anodins !

  On doit, au contraire, reconnaître le pharmacien d'officine comme un *«prescripteur»*, et ne pas le considérer comme un vendeur consciencieux, qui au même titre que tout commerçant, donnerait de bons conseils à son client, laissant ce dernier maître de son choix. Certaines entreprises du médicament ne font d'ailleurs pas figurer dans leur publicité à la télévision la phrase *«demandez conseil à votre pharmacien»*.

Le pharmacien d'officine : pharmaco-thérapeute.

On peut définir trois niveaux d'implication dans l'exercice de l'activité du pharmacien d'officine. Nous pouvons essayer de les présenter sous la forme du tableau suivant en énonçant dans la 1ère colonne les différentes tâches élémentaires à réaliser au quotidien. « Le soin pharmaceutique » modifie l'exercice de notre métier ; en insistant sur l'interaction de la relation soignant-soigné. La colonne de droite, du tableau ci-joint, met en valeur la qualité du service rendu à la personne.

Tableau 2 : Les missions du pharmacien d'officine

Le pharmacien dans l'exercice de son métier	Le soin pharmaceutique	Le pharmaco-thérapeute « offre »
• Assure la gestion, la responsabilité, la sécurité des produits pharmaceutiques dont il a la garde dans son officine	• une approche globale du patient (questionnaire d'investigation pathologique)	• une présence constante et un service de proximité
• Dispense les « médications médicales » prescrites et les « médications officinales » conseillées par lui-même et il exécute les préparations. Il assure le suivi thérapeutique du médicament, de la maladie et du malade dans le cadre du soin thérapeutique	• une dispensation de médicaments, de dispositifs médicaux et de tout autre produit de santé	• une dispensation sécurisée par la recherche de la qualité afin d'éviter l'erreur
• Hygiéniste, il veille à la sécurité sanitaire et au bien-être physique, mental et social des personnes. Il participe à la prévention des maladies par l'information et l'éducation thérapeutique des patients.	• un échange renforcé et codifié d'informations avec les autres professionnels de santé (réseaux)	• un rôle d'interface entre les patients et les autres professionnels de la santé, l'industrie pharmaceutique, les assureurs
• Participe au maintien à domicile des patients par la délivrance de matériel médical et d'orthopédie	• un accompagnement psychologique, immédiat et continu, notamment pour traiter les malades chroniques	• un suivi pharmaceutique destiné à optimiser le traitement, à limiter les risques iatrogènes, à éviter la surconsommation
• Dispense les médicaments et produits à usage vétérinaire.	• une médication officinale (traitement des affections courantes et bénignes)	• un conseil, indispensable à la sécurité sanitaire
	• un bon usage des médicaments	• un rappel de la posologie
	• une personnalisation de la préparation pharmaceutique (poids, âge)	• des réponses aux questions posées, une explication personnalisée et une proposition de solution
• Est à même de pratiquer des tests de dépistage et des analyses de biologie médicale autorisées	• des contrôles biologiques et/ou bio-physiques	• une intervention dans le dépistage
	• une prévention par l'hygiène corporelle et alimentaire ; une éducation du patient à la santé	• une veille sanitaire : retrait des médicaments, produits ou dispositifs médicaux (fiches d'alerte)
	• une opinion pharmaceutique	
• Donne des soins de première urgence	• des conseils et interventions, souvent d'urgence	
• Tient d'un historique informatisé du patient	• un dossier patient	
	• une évaluation de la qualité officinale	• une auto-évaluation : guide d'assurance qualité

Hier, aujourd'hui, demain, le pharmacien d'officine a pour mission de servir la société. Cette noble tâche lui demande une plus grande implication dans les actions de Santé Publique. Des responsabilités nouvelles doivent pouvoir lui être confiées telles que la prise en charge des soins à domicile.

Développement du maintien à domicile

Pour comprendre l'intérêt et le rôle du maintien à domicile, il faut reprendre la définition de la Santé de l'OMS (1946) :
« État de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Nous avons fait état précédemment (chapitre 3.1.1. Le « panier de soin ») du vieillissement de la population française : en 2006, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient un cinquième des français ; soit plus de douze millions d'individus.

Parallèlement, nous savons que la demande des patients est toujours plus forte d'être soignés ou de vivre leur convalescence dans un cadre plus familial et/ou plus convivial. Cette attente des malades correspond au souhait qu'ils expriment de maintenir, indépendamment de leurs pathologies, un équilibre psychologique dont il n'est plus utile de justifier l'importance dans l'évolution de l'état de santé de la personne et du processus de guérison.
La part du mental, en ce domaine, comme en bien d'autres (performances sportives, réussites scolaires, rayonnement professionnel…) est loin d'être négligeable.
De l'enfant à l'adulte plus ou moins âgé, la démarche d'hospitalisation reste douloureuse, source d'inquiétude voire d'angoisse liée à l'éloignement de ses proches et la perte des repères spatio-temporels qui perturbent le psychisme de l'individu dans une période de sa vie où il se trouve déjà en situation de faiblesse.

Cet état de faiblesse aggravé rend la personne hospitalisée encore plus vulnérable aux risques de contamination par des maladies nosocomiales dont la fréquence, en secteur d'hospitalisation, influe sur l'évolution de l'état de santé du patient.

L'hospitalisation de la personne est donc « coûteuse » dans les deux sens du terme :

- coûteuse psychologiquement puisqu'elle est source de la souffrance supplémentaire dont on vient de parler,
- coûteuse au sens premier du terme puisque le prix de journée moyen d'une hospitalisation sans intervention lourde revient à environ 350 € par personne. Ce coût pèse lourdement sur les dépenses de santé et représente, à lui seul, plus de la moitié du budget alloué.

C'est dire l'importance et l'urgence qu'il y a à pratiquer de façon plus systématique des alternatives de soins telles que la chirurgie ambulatoire, l'hospitalisation à domicile qui représente actuellement environ 5000 lits, et le maintien à domicile dont on constate déjà le développement très fort puisque nous savons que son marché augmente de 15% par an.

Ces objectifs en terme d'économies de dépenses de santé et de confort psycho-social du patient maintenu chez lui, entouré de ses proches et rassuré par son cadre familier de vie ne peuvent s'entendre qu'à condition de pouvoir assurer la sécurité du malade. Cette notion de sécurité nous amènera à réfléchir à l'assurance d'une totale **confidentialité** des informations reçues et à la **qualité** du service rendu.

Le pharmacien a toute sa place à tenir dans la généralisation du maintien à domicile puisqu'il est un interlocuteur privilégié de part :

- Sa proximité : globalement, il y a une pharmacie pour 2500 habitants et un pharmacien pour 1200 habitants, un bon maillage territorial qui permet au malade à sa sortie d'hôpital de disposer de l'officine de son choix. Le pharmacien peut intervenir rapidement au domicile pour faire face aux problèmes du patient.
- Sa disponibilité : pendant les heures d'ouverture de l'officine, le pharmacien peut recevoir sans rendez-vous ses patients ou leur famille. De plus les pharmaciens participent à la permanence des soins.
- La confiance qu'il représente : le pharmacien et le malade se connaissent. Aussi, la présence du pharmacien lors du retour à domicile et lors de l'installation du matériel est rassurante pour le patient, souvent déstabilisé lors de sa sortie d'hôpital. L'implication du pharmacien est de nature à soulager matériellement et moralement les familles et à assurer le meilleur suivi possible.
- Ses connaissances : de la maladie et de l'environnement du malade permet au pharmacien d'anticiper les besoins du patient et de son entourage. Par exemple, il peut se déplacer au

domicile du patient avant son retour afin d'évaluer les besoins en matière d'aménagement.

- Et son rôle d'éducateur de santé : le pharmacien va éduquer dans un langage compréhensible le patient et ses proches à l'utilisation des différents matériels, à l'action des médicaments prescrits, leurs effets secondaires possibles et les modalités d'administration. De même, l'éducation de la famille doit accompagner l'installation de matériel médical afin qu'ils puissent veiller à la bonne utilisation de celui-ci.

Le développement du maintien à domicile aura pour conséquence d'entrainer la création de réseaux de professionnels et, plus directement encore, impliquera certaines évolutions dans sa pratique quotidienne et son cadre de travail.

3.2 - L'officine : évolution du métier de pharmacien

Dans la perspective du développement du maintien à domicile, la place du pharmacien doit évoluer mais aussi et surtout, son rôle d'éducateur de santé.

Définition de l'éducation thérapeutique selon l'OMS (1998) :
« Former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle de sa maladie. L'éducation thérapeutique est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. L'enseignement du malade comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage du traitement : la formation du patient doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants. »

L'extension du rôle de conseiller du pharmacien d'officine induit :

- Une nouvelle répartition des rôles entre les différents professionnels de santé,
- Une plus grande implication de sa part dans les actions de santé publique dont fait partie la prise en charge des soins à domicile.

En lieu et place, le cadre de travail du pharmacien va lui aussi subir changements et évolutions.

3.2.1 - L'adaptation des structures de travail

L'officine telle que définie par le rapport de l'Ordre National des Pharmaciens intitulé "Le pharmacien d'officine, un métier au cœur du système de soins" est un établissement pharmaceutique identifié par la Croix Verte. Elle détient les produits de santé qui répondent aux besoins de la population en vue de traiter des pathologies à l'aide de médicaments et de dispositifs médicaux, et de mettre à la disposition des consommateurs l'ensemble des produits d'hygiène, bénéfiques pour leur bien-être.

Il y a une évidente complémentarité entre l'état de pathologie de la personne qu'il faut soigner et la nécessité de mesures d'hygiène permanentes qu'il faut encourager, et qui sont les meilleurs atouts de prévention pour éviter la maladie.

- Dans une première approche, le consommateur est un client qui se procure librement les produits, articles ou objets qu'il souhaite utiliser pour sa santé.
- Dans une deuxième approche, il est un patient, muni ou non d'une ordonnance. C'est la gravité de la pathologie et le jugement des praticiens qui conditionnent le choix du ou des médicaments qui sont proposés au patient.

Pour faciliter le comportement du consommateur, qu'il soit client responsable ou patient souffrant, fragilisé dans ses certitudes, il a besoin d'être protégé. Actuellement, les pharmaciens organisent leur officine en deux secteurs facilement identifiables :

1- un espace public, destiné à la parapharmacie qui comporte tous les produits de santé, hormis les médicaments,

2- un secteur professionnel, strictement réglementé, comprenant un laboratoire de préparations. Ce secteur est derrière le comptoir de dispensation, visible du patient, mais non directement accessible par le public. Des emplacements sont réservés aux activités spéciales de l'officine, orthopédie, matériel médical, optique, acoustique.

Le personnel

A l'intérieur de « l'établissement pharmaceutique » s'activent principalement deux catégories de personnel :

- Le(s) pharmacien(s)
- Le(s) préparateur(s)

Leurs formations sont très différentes ce qui renvoie à un niveau de responsabilités non partagées même si, au premier abord, il semble à l'observateur lambda que les tâches sont identiques.

Les études du préparateur en pharmacie consistent, après le baccalauréat, en une formation par alternance, par le biais de l'apprentissage, en deux ou trois ans, qui débouchent sur le diplôme du brevet professionnel de préparateur en pharmacie. Au cours de sa formation, le préparateur va étudier les connaissances nécessaires à sa pratique professionnelle mais chacune des notions sera abordée de façon succincte.

Les études pharmaceutiques, elles, comprennent un enseignement de sémio-pathologie, qui sert de support, avec les disciplines traditionnelles, à un enseignement de pharmacie clinique, équivalent aux cours de thérapeutique inclus dans les études de médecine. Cet enseignement est centré sur les principales pathologies.
Les objectifs pédagogiques pour une pathologie donnée sont :

- d'énumérer les principaux signes cliniques et biologiques ;
- d'utiliser les connaissances pharmacologiques et pharmacocinétiques acquises pour choisir les principaux moyens thérapeutiques en indiquant leurs posologies et les principales mesures hygiéno-diététiques à y associer ;
- de discuter le schéma thérapeutique en examinant les associations permises et les interactions médicamenteuses à éviter ;
- d'énumérer les signes cliniques de sous-dosage et de surdosage, ainsi que les moyens d'y remédier.

Le pharmacien d'officine est et sera de plus en plus impliqué dans le traitement de pathologies lourdes avec :

- le développement de l'hospitalisation à domicile ;
- la sortie de la réserve hospitalière de nombreux médicaments;
- l'implication dans les réseaux de santé en partenariat avec les autres professionnels. Mais son rôle se développe aussi dans le traitement de problèmes plus quotidiens avec le déremboursement et le délistage de nombreuses spécialités.

Pour toutes les professions de santé, la formation initiale permet d'acquérir une formation scientifique de qualité et une compétence qui doit être maintenue et améliorée par une formation continue tout au long de la carrière professionnelle des acteurs de soin.

Il va de soi que le pharmacien d'officine se fera un devoir de suivre régulièrement une formation continue.
Il peut déjà, concernant le maintien à domicile, suivre le Diplôme Universitaire de Maintien et soins à domicile dont la formation a pour objectifs de permettre

aux pharmaciens d'officine d'acquérir une formation complémentaire sur les pathologies prises en charge dans le cadre des alternatives à l'hospitalisation, leurs traitements, les dispositifs et appareils nécessaires au maintien et aux soins à domicile des patients, les aspects réglementaires, afin d'élargir leur champ d'activités, en leur donnant une compétence leur permettant de participer activement à l'équipe soignante pluridisciplinaire constituée autour du patient ; leur donner les connaissances leur permettant d'apporter aux patients et aux soignants des conseils et des informations de qualité, concernant en particulier la mise en place, l'utilisation et la prise en charge des matériels.

Il ne semble pas réaliste d'envisager prochainement que tous les préparateurs puissent suivre ce type de formation ; les portes et amphithéâtres universitaires ne seraient pas assez grands pour accueillir une telle vague d'étudiants. Cela ne signifie pas pour autant que cette profession puisse faire l'économie d'une formation continue lui permettant de suivre l'évolution du système de santé de notre pays.
Pourrions-nous envisager d'avoir quelque exigence auprès des fournisseurs afin que cette tâche délicate soit confiée à leurs visiteurs médicaux ; eux-mêmes formés préalablement par le laboratoire pharmaceutique ?
Cette homogénéisation des démarches de formation continue de l'ensemble des personnels exerçant une activité à l'officine me semble un passage obligé si nous voulons mieux répartir les tâches et scinder distinctement les rôles du pharmacien.

Dans l'hypothèse du plein emploi du pharmacien :

- éducateur de santé,
- pharmaco-thérapeute (conseiller-prescripteur),

cette distinction doit apparaître plus nettement encore au regard du patient.
Pour ce faire, certains confrères ont déjà travaillé à l'aménagement des locaux de leur officine. Cette restructuration de l'espace de travail que constitue la pharmacie ne relève pas de la fantaisie ; la géographie d'un lieu, sa réorganisation spatiale induisent une prise en charge différente de la personne ; elles sont **essentielles**.

Les locaux

Le développement et la dispensation de traitements nécessitant une confidentialité, la participation aux actions de prévention en Santé publique avec proposition de dépistages, l'extension du maintien à domicile et de l'installation du matériel médical, sont autant de facteurs induisant la restructuration de l'espace de l'officine.

Rappelons qu'une modification des locaux doit être déclarée à l'inspection régionale de la pharmacie et au conseil régional de la section A compétent ou au conseil central de la section E de l'ordre national des pharmaciens.

Actuellement, l'officine, établissement affecté à la dispensation au détail des médicaments, produits et objets mentionnés à l'article L. 4211-1 du code de la santé publique ainsi qu'à l'exécution des préparations magistrales ou officinales, a son emplacement fixé par sa licence.
Installée dans des locaux spécifiques, adaptés aux activités qui s'y exercent et convenablement équipée et tenue, l'officine a une présentation intérieure et extérieure conforme à la dignité professionnelle.

Les créations, les transferts et les regroupements d'officines de pharmacie permettent de répondre de façon optimale aux besoins en médicaments de la population résidant dans son quartier d'accueil. Ils garantissent un accès permanent du public, y compris ceux à mobilité réduite (décret relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des établissements et installations recevant du public).
Un plan coté des locaux mentionne la superficie globale de ceux-ci et celle de chaque pièce.

L'officine répond aussi aux exigences :

- de la bonne pratique du métier imposant que l'acte professionnel soit accompli avec soin et attention,
- de textes issus notamment du Code de la santé publique (CSP), du Code du travail pour la partie gestion de l'équipe de salariés, du Code de la construction et de l'habitation (CCH), du Code de l'environnement et des Bonnes Pratiques de Préparations Officinales (BPPO).

A l'intérieur ; le pharmacien veille à respecter le secret professionnel qui s'impose à lui. Il exerce ainsi sa mission de service public dans le respect de la vie et de la personne humaine. L'aménagement, l'agencement, l'équipement et la superficie des locaux tiennent compte de l'exercice de ces bonnes pratiques.

L'accueil de la clientèle et la dispensation des médicaments s'effectuent dans les conditions de confidentialité que requiert le respect du secret professionnel.
Ainsi, sont recommandés des comptoirs individuels, en nombre suffisant, dont au moins un conforme à la législation sur l'accessibilité aux personnes handicapées, ou tout autre moyen ou aménagement permettant d'assurer la dispensation à l'abri des tiers, sans pour autant recourir à des aménagements susceptibles de signaler tel ou tel patient aux yeux d'autres personnes.
La disposition du mobilier est telle que le public ne puisse accéder directement aux médicaments, ni aux autres produits dont la vente est réservée aux

officines de pharmacie. En outre, il est recommandé par exemple, que les produits cosmétiques, d'hygiène ou autres, pouvant comporter une toxicité voire une dangerosité pour les enfants, ne soient pas placés à leur portée.
Les prix sont portés à la connaissance du public conformément à la réglementation économique en vigueur. Les supports sont avantageusement de taille et de contraste suffisants pour être lus par les personnes malvoyantes.

Au vu du vieillissement de la population et des nombreuses missions du pharmacien, il est recommandé de proposer :

- un espace « attente-repos » permettant aux clients d'attendre en étant assis
- un espace d'auto-mesure
- un espace bibliothèque
- un espace réservé pour les soins urgents, le pharmacien devant, dans la limite de ses connaissances et de ses moyens, porter secours à toute personne en danger immédiat, hors cas de force majeure.

Le bureau administratif est au « cœur » de l'officine afin de permettre au pharmacien d'exécuter lui-même les actes professionnels ou d'en surveiller attentivement l'exécution s'il ne les accomplit pas lui-même.

Concernant l'orthopédie, un local est réservé et comprend au minimum un espace satisfaisant aux exigences d'accessibilité pour les personnes handicapées (décret n°94-86 du 26 janvier 1994 modifié par le décret n°2006-255 du 17 mai 2006). Cet espace réservé à l'accueil personnalisé du patient, et notamment à l'essayage, répond à des conditions d'isolation phonique et visuelle permettant d'assurer au patient la confidentialité de la prestation.

Ces conditions requises pour l'appareillage orthopédique semblent élémentaires dans la perspective des évolutions du rôle du pharmacien.

A l'avenir, nous devrons nous interroger sur la pertinence d'un bureau fermé où le pharmacien pourra garantir la confidentialité des problèmes de santé et difficultés psycho-sociales rencontrés par les patients souffrant de pathologies lourdes et/ou chroniques et pour lesquelles il ne souhaite pas d'hospitalisation.
C'est également dans ces lieux et temps que le pharmaco-thérapeute conseillera le choix des patients en matière d'appareillage nécessaire au maintien à domicile.
C'est aussi dans cet espace confidentiel qu'il entendra comment la personne maintenue à domicile pense pouvoir organiser les soins dont elle va avoir besoin (présence de membres de la famille, voisins, amis…), ceci afin d'estimer justement de la pertinence du déplacement des professionnels de santé au domicile du patient.

Dans le cas, assez fréquent, d'affections présentant un risque de contagion, un espace de désinfection-décontamination du matériel mis à disposition, devient nécessaire, nous préciserons plus loin les normes ISO 9001 qui seront à respecter et qui feront partie de l'assurance qualité du soin prodigué.

On sent bien, au travers de ces changements de premières nécessités, à quel point l'activité du pharmacien devient « la plaque tournante » du réseau des professionnels de santé sollicités par le maintien à domicile ; il va devoir gérer bon nombre d'informations à caractère confidentiel.

Comment les organiser et les faire partager, pour tout ou partie, avec les autres partenaires du réseau de soins ?

3.2.2 - Le dossier patient

Le suivi du patient

La prise en charge globale du patient renforcée par le fonctionnement en réseau des professionnels de santé conduit à nous interroger sur l'évolution du métier de pharmacien d'officine. Ce dernier est déjà une interface forte entre le malade et le système de protection sociale en assurant, par le biais des systèmes informatiques, la continuité des prescriptions.

Actuellement, la dispensation d'un produit de santé prescrit ou conseillé ne laisse qu'une trace comptable (la facturation) dans les logiciels de comptabilité faisant office d'ordonnanciers pour les produits listés. Ces logiciels ne permettent pas de motiver, mémoriser et communiquer, le cas échéant, l'analyse pharmaceutique et la décision qui s'ensuit : délivrance, suspension de la délivrance, modification concertée du traitement, refus de délivrer.

La Commission d'assurance qualité du Conseil central section A de l'Ordre, a, depuis 1996, conçu qu'ils permettent :

- L'insertion de l'opinion pharmaceutique,
- Et la tenue du dossier de suivi pharmaco-thérapeutique.

L'insertion de l'opinion pharmaceutique

L'opinion pharmaceutique se définit comme étant :
« un avis motivé du pharmacien, établi sous son autorité, portant sur la pertinence pharmaceutique d'une ordonnance, d'une demande ou d'un test, consigné dans l'officine et impérativement communiqué sur un document

normalisé au prescripteur lorsqu'il invite à la révision ou lorsqu'il justifie le refus ou la modification d'office de sa prescription. »

C'est une démarche d'assurance qualité qui rend l'acte pharmaceutique lisible, traçable, évaluable, communicable et opposable.

On voit bien à travers cette définition qu'il s'agit de formaliser une relation professionnelle entre un médecin et un pharmacien dans le cas où une prescription soulève une difficulté pour ce dernier.

Elle va permettre d'éviter un risque iatrogène (posologie inadaptée, interactions médicamenteuses, contre indications, effets indésirables évitables) ou de proposer une optimisation thérapeutique (adaptation posologique, plan de prises, suppression de redondances pharmacologiques, conseils…).

Si le concept et sa mise en place se pratiquent déjà, son importance prendra une autre dimension dans le cadre du dossier de suivi pharmaco-thérapeutique.

L'opinion pharmaceutique fait, du soin pharmaceutique, le véritable garant de la profession en ce qu'il s'appuie sur :

- La formation du pharmacien et sa connaissance des pathologies qui nécessitent les traitements prescrits,
- Une formation continue telle que définie dans le chapitre précédent,
- La mise en place systématique d'un dossier pharmaceutique permettant un suivi des malades et une vigilance accrue.

De cette sécurité dépend l'expertise du soin pharmaceutique ; l'expertise exige et sous-entend l'assurance qualité du service rendu.
Cette responsabilité, endossée par le pharmacien, valorise considérablement le travail à l'officine. L'opinion pharmaceutique ne doit pas être vécue, par le médecin traitant, comme un regard critique de sa prescription mais comme une démarche de travail partenarial équivalente à un principe de protection du patient. Nous sommes entrés dans une période où la « judiciarisation » devient presque systématique : la moindre erreur est portée devant les tribunaux et met à mal l'exercice des métiers de santé. L'opinion pharmaceutique, en garantissant un nouveau contrôle du bien-fondé de la prescription médicale, assure le médecin de la protection du malade face à une erreur humaine toujours possible et de lui-même en cas de litige.

Pour que cette double observation soit saine et efficace, il faut pouvoir considérer que les responsabilités du médecin et du pharmacien, sont partagées.

Partager une responsabilité demande, de part et d'autre, un respect, une reconnaissance du professionnalisme des parties et nécessite un échange simple, efficace et dont la fréquence peut varier en fonction des besoins.

Nul n'est à l'bri d'une situation de stress, d'une période de fatigue, qui fragilisent la vigilance du thérapeute. C'est de l'humain dont il s'agit.

Le processus de l'opinion pharmaceutique tel qu'exposé dans le schéma joint, extrait du bulletin de l'Ordre n°380 daté de Novembre 2003, doit permettre de rassurer les différents partenaires de santé : médecin, pharmacien, patient, famille,… L'opinion pharmaceutique se présente sur un formulaire normalisé (cf. annexe VI), indispensable dans le cadre d'une communication d'informations professionnelles.

Annexe A

Schéma général du processus

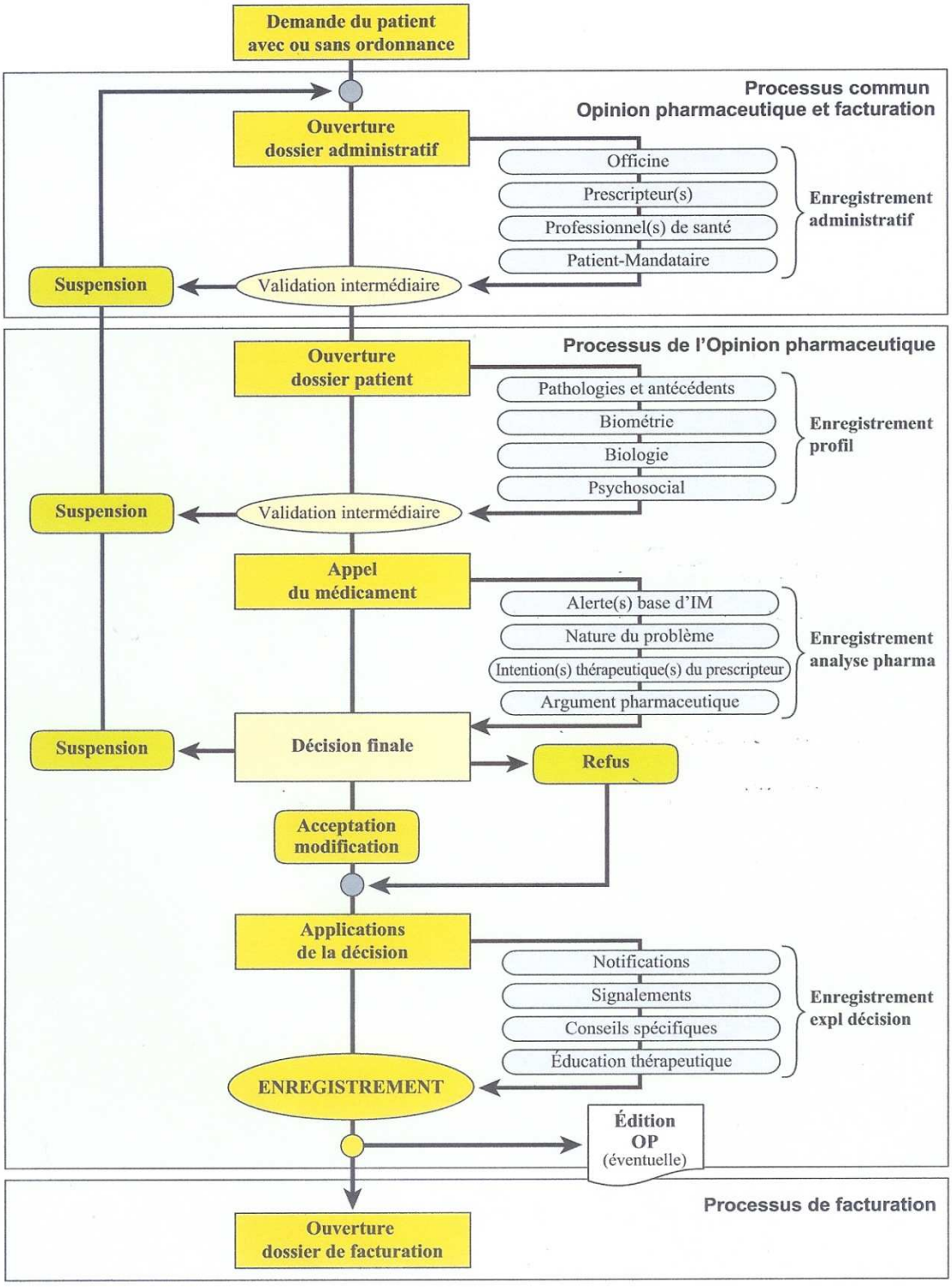


Figure 20 : Schéma du déroulement d'une opinion pharmaceutique

L'outil indispensable à la systématisation de cette démarche est l'informatique. Il va permettre la généralisation et la tenue du dossier de suivi pharmaco-thérapeutique.

Le dossier de suivi pharmaco-thérapeutique

« Le dossier de suivi pharmaco-thérapeutique est constitué par la collection des opinions pharmaceutiques rapportées à un patient et avec son accord, qui forme l'ensemble des informations de sources administrative, pharmaceutique, médicale (informations communiquées par le médecin ayant trait à une dispensation ou à un terrain particulier) et biologique (résultats pertinents d'analyse). »

Il est constitué avec l'accord du malade en vue d'optimiser les stratégies pharmaceutiques selon des critères de **sécurité**, de **qualité**, d'**efficacité**, de **confort** et d'**économie** du soin.
En accompagnant ainsi le patient de façon personnalisée ; nous devons être capables :

- De prévenir plus finement les affections iatrogènes liées à la prise de certains médicaments,
- De mettre en place une évaluation des traitements,
- De permettre le choix de la forme galénique, mode d'administration,
- D'optimiser la ressource consommée.

Tenu, comme les autres partenaires de santé, au secret professionnel, le pharmacien peut acquérir par le biais du dossier de suivi pharmaco-thérapeutique une connaissance approfondie du patient et une pertinence dans ses conseils.

Le dossier de suivi pharmaco-thérapeutique doit retracer un ensemble de données, concernant le patient et retracées en tables immédiatement accessibles. Il en établit le profil. Le dossier de suivi pharmaco-thérapeutique évolue au fil des traitements et s'enrichit à chaque dispensation.
Il est composé :

- D'un historique du patient, médicaments délivrés, renseignements cliniques, résultats biologiques et thérapeutiques, recommandations faites au patient,
- D'une vérification de la pertinence de la prescription et recherche des interactions avec des rescriptions antérieures en provenance du même médecin ou d'un autre,
- D'une évaluation de l'ensemble de la médication prise par le patient (médicaments prescrits par le médecin ou médicaments conseillés par le pharmacien),

- D'une rationalisation du conseil avec éventuellement remise de documents écrits au patient (tableau posologique, rythme des collations, régime alimentaire…),
- D'un échange d'informations avec les autres professionnels de la santé,
- Du recueil des opinions pharmaceutiques.

Ce dossier est informatisé.

Le système informatique, outil de partage, de contrôle et d'efficacité doit être « sécurisé » et conforme aux directives de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Il concrétise les liens qui réunissent les personnels de santé participant au même réseau. Sans l'outil informatique, ces liens resteraient, pour la plupart, virtuels donc inefficaces.

Le logiciel choisi, partagé, doit être conforme aux exigences du cahier des charges établi. Le respect scrupuleux de ce cahier permettra d'assurer, à tout membre d'un réseau de santé, la présentation « normalisée » du dossier, le déroulé déontologique et scientifique du processus de soins et sa **qualité**.
L'objectif, quoi que culturellement dans notre société, posé secondairement est celui de la régulation de la consommation de médicaments. Cette régulation génère des économies non négligeables et absolument nécessaires dans les années qui viennent, en matière de dépenses de santé. Il appartient à chaque acteur de garder cet objectif présent à l'esprit car, outre le fait qu'il est indispensable à la bonne marche de notre système de santé, il est aussi **bénéfique** pour le patient.

3.2.3 - Les réseaux de santé

A ce moment précis de notre travail, il semble important d'effectuer un retour sur la loi 2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé en son titre II : démocratie sanitaire. Chapitre 1er Droits de la personne, article L.1110-4. Cet article repose la question du respect du secret professionnel.
Nous venons d'expliquer l'intérêt de la mise en place du dossier de suivi pharmaco-thérapeutique, du logiciel informatique permettant de recueillir et de partager des données précieuses à la prise en charge globale du patient au sein d'un réseau de professionnels de santé ; nous allons l'illustrer.

Un exemple d'informatisation : l'hôpital pédiatrique Robert-Debré, situé au nord-est de Paris, est doté d'un système informatique qui relie les secteurs médicaux, administratifs et les laboratoires. Des protocoles de prise en charge pour les maladies les plus fréquentes sont définis. La pharmacie dispose en temps réel de toutes les prescriptions faites quotidiennement par les internes. En fin de mois, un responsable de la pharmacie peut analyser les milliers de

prescriptions, et repérer les décalages par rapport aux protocoles prévus. Les internes sont invités à les respecter, mais ils peuvent effectuer d'autres choix. Ces débordements se repèrent et peuvent faire l'objet de concertation ; ils permettent de découvrir, par exemple, qu'une présentation galénique est rejetée par les enfants, qu'une autre (non prévue) est préférable.

La loi, citée en l'objet, oblige, les membres du réseau à sécuriser les informations collectées sur la personne et prévoit dans son décret n°2002-1463 du 17 Décembre 2002, les critères de qualité et les conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que l'évaluation des réseaux de santé. Nous ne rappellerons jamais assez que la « judiciarisation » des rapports entre les professionnels de santé et les patients doit encourager la complémentarité des actions de soins et la collaboration en réseaux. L'accès au dossier médical devient indispensable ; il faut que le patient, tout en restant maître de son dossier, accorde le droit d'accès aux données confidentielles de ce dernier.
Les professionnels, eux, doivent pouvoir lui garantir le strict respect du secret professionnel (médical).

Réseaux et autres services de santé, chapitre 1er « réseaux de santé » : article D.766-1-2 ; je cite : « Les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social. En fonction de leur objet, les réseaux mettent en œuvre des actions de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social. »
Parler des réseaux de santé lorsque l'on envisage de répondre à la demande du public en développant le maintien à domicile, c'est vouloir et savoir s'adapter aux évolutions de notre environnement. La notion de réseaux exprime la volonté de plus de coordination entre les activités professionnelles : médecins, infirmières, pharmaciens, kinésithérapeute, ville et hôpital.

Tout français se trouve, en moyenne, à environ sept kilomètres, soit une dizaine de minutes, d'un médecin généraliste, d'une infirmière ou d'un pharmacien. L'enjeu est de dépasser l'organisation actuelle qui juxtapose des professionnels isolés, pour aller vers des organisations plus coordonnées : les réseaux.
Les réseaux de maintien à domicile peuvent se mettre en place sur le modèle de ceux, déjà existants, de l'hospitalisation à domicile.
Le principe n'est pas récent. Dans les années 60-70, l'idée avait été avancée d'un regroupement physique des compétences dans la perspective d'apporter au patient une continuité de service qu'il semblait déjà important de réaliser pour satisfaire les besoins d'une population. Les malades qui s'adressent au système de soins, surtout après un certain âge, sont porteurs de plusieurs pathologies ; le travail en réseau des professionnels qui vont avoir à pratiquer des soins auprès du patient maintenu à domicile devient incontournable.

Pour satisfaire ces nouveaux besoins de la population française l'Etat a prévu certaines mesures :

- Allègement des formalités administratives de création de réseaux ;
- Financement des activités des praticiens hospitaliers et libéraux travaillant pour les réseaux ;
- Diffusion, par la Haute Autorité de Santé (HAS), d'une méthode d'évaluation.

Il a également prévu à l'article D.766-1-3 du décret n°2002-1463, cité précédemment, la formalisation d'un document d'informations en direction des usagers précisant le fonctionnement du réseau auquel il souscrit, ainsi que les prestations qu'il propose. Ce document, s'il est signé, engage réciproquement l'usager et les professionnels, à respecter les règles établies.
Il fait partie intégrante de la charte qui lie les différents membres d'un même réseau et qui fait obligation à tous et à chacun :

- De participer « aux actions de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social » ;
- Ainsi que de se soumettre à la demande d'évaluation de la qualité du service rendu.

Le législateur ayant ainsi posé le cadre légal définissant l'existence et le bon fonctionnement des réseaux, il ne reste qu'un pas à franchir pour que ces derniers s'organisent et se multiplient afin que se développe le maintien à domicile.
L'enjeu social de l'optimisation du système de santé français est contenu, tout entier, dans cette évolution.
Le maintien à domicile conjugue les intentions :

- D'accentuer le bien être du patient
- Et d'économiser sur le coût de l'assurance maladie afin que l'on puisse continuer à en faire profiter toute personne vivant sur notre territoire.

Si nous ne voulons pas « faire payer » les futures générations plus que de raison, nous **devons** trouver une voie et un équilibre entre :

- La solidarité nationale organisée par l'Etat,
- Et le développement d'une économie libérale associée au marché unique européen, aux échanges de biens et de services de santé.

A l'horizon 2020, nous pourrions être amenés à évoluer vers une organisation autour de 3500 « lieux de vie » ou « bassins de vie » qui représenteraient des unités géographiques de 15 à 20 000 habitants. Il y a donc un effort à faire mais ce sera aussi, à mon sens, d'un grand intérêt.

Le maintien à domicile permet au pharmacien d'officine d'exercer en tant que pharmaco-thérapeute.
C'est au sein des réseaux où les praticiens mettent en commun leurs pratiques et décloisonnent leurs savoirs que le pharmaco-thérapeute va pouvoir :

- Participer à la veille sanitaire (vigilance, traçabilité, communication interdisciplinaire) et à la gestion économique du panier de soin ;
- Respecter une véritable démarche qualité.

3.3 - L'assurance qualité

Dans cette étude, faire de l'assurance qualité un chapitre distinct relève d'une volonté forte, que je tiens à exprimer, de faire de cette démarche **la** valeur ajoutée à l'exercice de ma profession.
Cela signe l'inscription de mon avenir professionnel dans un code déontologique où s'ancreront l'ensemble de mes actions et le souci, qui sera le mien, de remplir au mieux ma mission de service public.

3.3.1 - Qualité et auto-évaluation

Définitions officielles

Les normes ISO 9000 et ISO 9004, révisées en 2000, définissent l'une des qualités et l'autre l'auto-évaluation, dans sa ligne directrice annexée, de la façon suivante :

Qualité : « aptitude d'un ensemble de traits distinctifs intrinsèques à satisfaire des besoins ou attentes formulés, habituellement implicites ou imposés. »

Auto-évaluation : « évaluation minutieusement étudiée résultant en une opinion ou un jugement sur l'efficacité de l'organisme et la maturité du système de management. »
La « qualité », ainsi définie, quel que soit son domaine d'application, peut se résumer dans la recherche d'une organisation qui donne confiance au client (patient) et surtout qui lui assure un acte pharmaceutique global et une prestation de haut niveau, conforme à des standards bien définis. Dans le domaine de la santé, une des premières évolutions culturelles a été de considérer le patient comme un client. La pharmacie n'échappe pas à cette orientation.

Les attentes du patient

Le patient souhaite disposer de tous ses médicaments dès la lecture de l'ordonnance. On a vu précédemment que le maillage, l'organisation en France, est exemplaire. Un patient peut donc avoir son médicament sous 24 heures au plus tard.
Il souhaite également être accueilli, informé, rassuré et conseillé **discrètement**, à propos de son traitement médicamenteux : c'est une des « valeurs ajoutées » du circuit pharmaceutique.
Le public apprécie le professionnel de santé de proximité mais il espère plus encore. Il voudrait pouvoir participer et comprendre, sorte de « démocratie sanitaire » que nous garderons présente à l'esprit.

Les attentes des autres partenaires

Le prescripteur (essentiellement médecin) attend du pharmacien qu'il dispense mais qu'il apporte les explications complémentaires nécessaires sur le déroulement du traitement et l'utilisation du médicament.
Les autorités de tutelle comptent sur le pharmacien pour intervenir dans l'iatrogénie évitable et pour participer à la prévention sanitaire et à la maîtrise des coûts de la santé.
L'équipe officinale recherche l'assurance de qualité qui va lui permettre de travailler en toute sécurité. Cette assurance va donner sa crédibilité au soin pharmaceutique.

3.3.2 - Exposé et analyse d'un exemple : la désinfection du matériel en location dans le cadre du maintien à domicile

L'Union syndicale des distributeurs de fauteuils roulants et de matériel médical devenue l'Union nationale des prestataires de dispositifs médicaux avait édité en 1999 des recommandations en matière de « Bonnes Pratiques de nettoyage et de désinfection, de stockage, circulation et manipulation, et transport des dispositifs médicaux utilisés à domicile.
En pratique ambulatoire de ville au service du maintien à domicile la question de la désinfection du matériel de location est liée au risque infectieux que nous ne pouvons pas faire courir à la personne déjà affaiblie par la maladie.

Le matériel de maintien à domicile

Les dispositifs médicaux sont définis par l'article L.5211-1 du Code la Santé publique tandis que leur utilisation fait l'objet de son article R.665-1, et que l'article R.665-6 les différencie en quatre classes, des moins critiques au plus critiques, selon leur durée d'utilisation, leur caractère invasif et la partie du corps en contact avec eux.
En fonction du risque de contamination et donc du risque infectieux qui en découle, le matériel est ainsi subdivisé en :

- Matériel critique lorsqu'il pénètre dans les tissus et que le risque d'infection est élevé ;
- Matériel semi-critique lorsqu'il entre en contact avec une muqueuse ou une peau lésée ;
- Matériel non critique lorsqu'il est en contact avec la peau saine.

Le matériel de maintien à domicile pris en charge à la location (article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale) peut entrer dans cette classification. Ce matériel doit être désinfecté. Le simple fait de prendre conscience des risques encourus par le patient en cas de surinfection est significatif du souci que l'on a de progresser vers une meilleure qualité du service rendu.

Le terme de désinfection de définit comme suit (AFNOR NF T 72-101) :
« Opération au résultat momentané permettant d'éliminer ou de tuer les micro-organismes et/ou d'inactiver les virus indésirables portés par des milieux inertes contaminés, en fonction des objectifs fixés. Le résultat est limité aux micro-organismes présents au moment de l'opération. »
L'usage du terme en synonyme de « décontamination » est interdit.
La décontamination est l'opération au résultat momentané permettant d'éliminer, de tuer ou d'inhiber les micro-organismes indésirables…

Si l'on veut pouvoir désinfecter le matériel de maintien à domicile, il faut :

- Consulter le ou les protocoles établis. Ces protocoles tiennent compte du caractère critique, semi-critique ou non critique du dispositif médical considéré ;
- Former le personnel à l'hygiène, au lavage, nettoyage et à la désinfection des matériels ;
- Equiper le personnel afin qu'il ait accès aux outils, locaux… permettant le déroulement de cette étape une fois le matériel récupéré ;
- Prévoir des véhicules avec cloisons et housses permettant d'isoler les matériels souillés des matériels propres.

La désinfection pratiquée, il faut encore :

- Contrôler cette désinfection ;
- Emballer le matériel en y apposant des étiquettes annotées en vue du stockage ;

- Et **développer et faire partager l'idée de la nécessité d'un système d'assurance qualité**.

La formation des personnels

Le nettoyage et la désinfection peuvent être effectués par tous les membres de l'équipe officinale. Il semble donc absolument nécessaire que chacun ait acquis la connaissance des opérations à effectuer et la capacité à les effectuer correctement. Le personnel d'une officine doit impérativement avoir connaissance et accès aux protocoles existants. S'il n'existe pas, à ce jour, d'obligation qualitative ou quantitative de formation, il n'en dépend pas moins la qualité de la mise en œuvre de cette désinfection et de l'efficacité de la méthode choisie.
L'enjeu est de taille puisque de lui, peut dépendre l'évolution de la pathologie du patient. Dès lors que les professionnels auront accès au dossier de suivi médico-pharmacologique, ils pourront apprécier les risques de contamination potentielle des matériels et mettre en œuvre les procédures d'**asepsie** qui éviteront la propagation des virus et micro-organismes **opportunistes**.

La réglementation

Il n'existe pas actuellement de règlementation spécifique et précise relative à la désinfection du matériel de maintien à domicile. Nous suivons les consignes et recommandations des fournisseurs qui le délivrent et qui, eux, ont signés des conventions avec les organismes d'assurance maladie. Ces conventions font état de l'obligation de désinfection du dit matériel que le prestataire doit être en mesure de justifier à tout moment.
Le Code de la Santé publique précise dans son article R.5015-12 que tout acte professionnel doit être accompli […] selon les règles de Bonnes Pratiques correspondant à l'activité considérée et que les officines doivent être installées dans des locaux […] adaptés aux activités qui s'y exercent … L'article R.5015-55 énonce que l'organisation de l'officine doit assurer la qualité de tous les actes qui y sont pratiqués.

En conclusion, si les textes mentionnent la question de la décontamination, du nettoyage et de la désinfection, de manière soit précise, soit implicite, c'est toujours sous une forme générale et sans précision de protocole ou de norme, qu'ils en parlent. Si par ailleurs les pharmaciens apparaissent un peu plus « encadrés » que leurs confrères spécialisés, de part les mentions portées dans le Code de la Santé publique, et si les enseignements de bactériologie, d'hygiène et d'épidémiologie qu'ils ont reçus pendant leurs études les rendent plus compétents et sans doute aussi plus sensibles à ces questions que d'autres

fournisseurs, ces qualités ne rendent pas l'exercice quotidien plus facile pour autant.

Face à ce vide juridique les recommandations sous forme de Bonnes Pratiques, publiées au niveau européen, tiennent lieu de réglementations en ce qui concerne l'exercice de la pharmacie d'officine. Il faut donc que chaque professionnel prenne conscience et s'astreigne à une véritable démarche qualité aujourd'hui évaluable au travers du Guide d'assurance qualité (Anne-Marie Ardouin).

3.3.3 - Le guide d'assurance qualité officinale

« C'est un document interne à l'officine qui donne la possibilité d'établir un état des lieux, de prendre conscience de ses points forts et des points à améliorer. »

Chaque membre de l'équipe doit pouvoir s'interroger sur ses pratiques. Ensemble, des objectifs faciles à mettre en œuvre sont fixés selon un calendrier déterminé et l'on choisit un responsable pour les mener à bien.
La réussite d'une démarche qualité nécessite que l'ensemble de l'équipe s'implique et s'engage personnellement.
Satisfaire le patient est et demeure le but recherché et donc le souci de tous et de chacun.

<u>Mode d'emploi du guide :</u>

- Choisir un chapitre à étudier
- Photocopier un exemplaire pour chaque membre de l'équipe
- Remplir le questionnaire dans un délai fixé
- Comparer les réponses
- Etablir une discussion
- Déterminer un plan d'action
- Vérifier l'atteinte des objectifs visés

3.3.4 - La qualité

S'engager dans une démarche qualité, c'est vouloir offrir au patient la meilleure « qualité de soins » possible. Toutes les professions de santé ont cet objectif en commun.
L'amélioration et le renforcement des compétences du pharmacien en matière de qualité du maintien à domicile deviennent une priorité absolue pour son avenir.

L'assurance qualité est, avant tout, une démarche d'organisation basée sur la **prévention**.

Elle oblige le pharmacien à définir :

- Ce qu'il veut faire
- Comment le faire
- Quand le faire
- Qui va le faire
- Les moyens matériels et humains à mettre en œuvre
- Comment mesurer les résultats qui devront satisfaire les exigences
- Qui en a la responsabilité.

Pour parvenir au niveau de qualité escompté, il est nécessaire d'avoir :

- Des structures adaptées à l'activité :
  - Un personnel qualifié et en nombre suffisant
  - Des locaux, installations et matériels adéquats
- Des procédures **écrites** qui cernent les objectifs à atteindre afin de :
  - Respecter les Bonnes Pratiques
  - Eviter les dérives dues à la routine
  - Homogénéiser le travail
  - Servir de référence **permanente**
  - Permettre l'information et la formation du personnel
- Des traitements de non-conformités (enregistrement, analyse, corrections)

Cela doit se traduire pour l'officine par une auto-évaluation régulière voire quasi-permanente.
Cela sera la conclusion de ce délicat et non moins indispensable chapitre sur l'assurance, l'engagement, la démarche qualité.

En quoi consiste une auto-évaluation à l'officine ?

- C'est avant tout un formidable bilan de santé de l'entreprise-pharmacie.
- C'est la possibilité pour la dite entreprise de s'appuyer sur les potentiels existants, inexploités, afin de tendre vers des améliorations réalistes, réalisables, ciblées.
- C'est la prise de conscience de l'absolue nécessité de formations solides et continues permettant à l'ensemble de l'équipe officinale de s'adapter aux évolutions en cours et à venir.
- C'est un outil de dialogue entre les membres d'une équipe qui, à partir de réponses individuelles, va réussir à formuler une réponse commune, plus efficace.
- C'est la possibilité de prévoir et de diagnostiquer quelque difficulté en tenant à jour une comptabilité analytique de la gestion de l'officine ;

Pour toutes ces raisons, l'auto-évaluation est un outil riche d'informations et représente dans le cadre du développement du maintien à domicile **un enjeu de société**.

4 - Conclusion

Pour résumer, la profession est, en France, à un tournant de son histoire car il est clair que le monopole pharmaceutique doit s'affirmer plus sur une compétence, un service rendu et une assurance qualité que sur des textes réglementaires qui seront amenés à évoluer dans le cadre communautaire européen.

Le cadre légal est un repère qui fixe :

- Les grands objectifs des évolutions nécessaires à notre société et à son système de santé ;
- Et les limites à ne pas franchir lorsqu'on se trouve, comme en ce moment, devant l'obligation d'apporter une réponse à la demande de plus de maintien à domicile, plus de confort, plus de garantie, plus d'efficacité.

Lorsque nous, pharmaciens d'officine, travaillons au maintien à domicile d'une personne malade sans avoir, au préalable, créé les réseaux de partenaires de santé indispensables, il semble que nous « apprenions à marcher en marchant ».
Ce service, s'il n'est pas organisé en structure reconnaissable, doit, malgré tout, être sécurisé, garanti. Notre travail doit être fiable et efficace. Il ne saurait être question de faire prendre le moindre risque au patient qui s'adresse à nous et qui, bien au-delà d'une écoute et d'un conseil, attend du pharmaco-thérapeute la dispensation de médicaments, de matériel mais plus généralement encore, d'un véritable **soin** pharmaceutique.
Le législateur a posé le cadre légal de travail des professionnels de santé sollicités en vue du maintien à domicile d'un patient.
Actuellement nous nous efforçons de répondre à la demande alors que nos structures et infrastructures ne sont pas tout à fait adaptées aux exigences de ce type de prise en charge.
Il nous appartient de faire que, sous la pression de la commande sociale, ces évolutions deviennent **notre volonté**.
Le pharmacien, pharmaco-thérapeute, doit s'approprier cette demande. En la faisant sienne, il contribuera à la mise en œuvre des pré-requis au développement du maintien à domicile à travers la mise en place de réseaux et l'évolution de sa pratique professionnelle.

La raison d'être de ce travail est, à l'origine, la prise en compte de la demande sociale. La personne malade veut pouvoir être maintenue à domicile, autant que faire ce peut, et ainsi éviter les bouleversements inhérents à une hospitalisation trop longue la privant du soutien moral et psychologique de ses proches et de l'équilibre qu'elle a trouvé dans la construction de son cadre de vie.

Dès lors que les dangers ont été écartés, que le pronostic vital est assurément bon, nous travaillons à une autre dimension de la Santé : le bien-être, le confort physique et moral.
Nous retrouvons ces nouvelles exigences sociales dans d'autres domaines que celui du maintien à domicile.
Nous pouvons remarquer que bien des secteurs doivent s'astreindre, au risque d'en souffrir voire même de disparaître, à proposer et garantir un ou des services de proximité.
Nos pouvoirs publics orientent la politique de santé, comme tant d'autres, vers le **mieux** au détriment du **plus** qui ne peut plus progresser aussi vite qu'il ne l'a fait au cours du siècle dernier. A l'intérieur d'une même société, il reste des inégalités probantes qui font que le *prorata* du mieux par rapport au plus, de la qualité par rapport à la quantité, n'est pas tout à fait identique. Ainsi, nous devons continuer à lutter pour que soit assurée la prise en charge, par notre système de santé, de chaque individu vivant sur le sol français. Parallèlement, nous devons éduquer la plus grande part de nos concitoyens à faire des choix raisonnés en matière de consommation, et leur apprendre à rechercher avec nous la qualité du soin administré.
Cette évolution de la **qualité de vie** de tout un chacun est assurément un fait de nos sociétés européennes. Nos pays « hyperdéveloppés » doivent trouver des alternatives au surcoût engendré par le vieillissement de leurs populations.

Le maintien à domicile est une des réponses au bon fonctionnement à préserver de notre système de santé. Les économies substantielles qu'il devrait nous assurer ne seront pas faites, nous nous y engageons, au détriment de la qualité du service rendu à la personne.

5 - Annexes

Annexe I : Extraits de la LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

- TITRE Ier : SOLIDARITÉ ENVERS LES PERSONNES HANDICAPÉES

I. - Nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance. La personne née avec un handicap dû à une faute médicale peut obtenir la réparation de son préjudice lorsque l'acte fautif a provoqué directement le handicap ou l'a aggravé, ou n'a pas permis de prendre les mesures susceptibles de l'atténuer. Lorsque la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé est engagée vis-à-vis des parents d'un enfant né avec un handicap non décelé pendant la grossesse à la suite d'une faute caractérisée, les parents peuvent demander une indemnité au titre de leur seul préjudice. Ce préjudice ne saurait inclure les charges particulières découlant, tout au long de la vie de l'enfant, de ce handicap. La compensation de ce dernier relève de la solidarité nationale. Les dispositions du présent I sont applicables aux instances en cours, à l'exception de celles où il a été irrévocablement statué sur le principe de l'indemnisation. II. - Toute personne handicapée a droit, quelle que soit la cause de sa déficience, à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale. III. - Le Conseil national consultatif des personnes handicapées est chargé, dans des conditions fixées par décret, d'évaluer la situation matérielle, financière et morale des personnes handicapées en France et des personnes handicapées de nationalité française établies hors de France prises en charge au titre de la solidarité nationale, et de présenter toutes les propositions jugées nécessaires au Parlement et au Gouvernement, visant à assurer, par une programmation pluriannuelle continue, la prise en charge de ces personnes. I. - Le dernier alinéa (2°) de l'article L. 344-5 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les sommes versées, au titre de l'aide sociale dans ce cadre, ne font pas l'objet d'un recouvrement à l'encontre du bénéficiaire lorsque celui-ci est revenu à meilleure fortune. » II. - Les pertes de recettes résultant pour les départements du I sont compensées par une augmentation, à due concurrence, de la dotation globale de fonctionnement. Les pertes de recettes résultant pour l'Etat du I sont compensées par une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

- TITRE II : DÉMOCRATIE SANITAIRE

  - Chapitre Ier : Droits de la personne

« Art. L. 1110-1. - Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. « Art. L. 1110-2. - La personne malade a droit au respect de sa dignité. « Art. L. 1110-3. - Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.
« Art. L. 1110-4. - Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un

réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. « Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. « Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. « Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale est obligatoire. « Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 EUR d'amende. « En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que le famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. « Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. « Art. L. 1110-5. - Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. « Les dispositions du premier alinéa s'appliquent sans préjudice de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produit de santé, ni des dispositions du titre II du livre Ier de la première partie du présent code. « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. « Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. « Art. L. 1110-6. - Dans la mesure où leurs conditions d'hospitalisation le permettent, les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein des établissements de santé. « Art. L. 1110-7. - L'évaluation prévue à l'article L. 6113-2 et l'accréditation prévue à l'article L. 6113-3 prennent en compte les mesures prises par les établissements de santé pour assurer le respect des droits des personnes malades et les résultats obtenus à cet égard. Les établissements de santé rendent compte de ces actions et de leurs résultats dans le cadre des transmissions d'informations aux agences régionales de l'hospitalisation prévues au premier alinéa de l'article L. 6113-8. »[…]

- Chapitre II : Droits et responsabilités des usagers

« Art. L. 1111-1. - Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose. « Art. L. 1111-2. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. […]

« Chapitre IV

« Participation des usagers au fonctionnement du système de santé « Art. L. 1114-1. - Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. L'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à sa représentativité et à son indépendance. Les conditions d'agrément et du retrait de l'agrément sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. « Seules les associations agréées peuvent représenter les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique. « Les représentants des usagers dans les instances mentionnées ci-dessus ont droit à une formation leur facilitant l'exercice de ce mandat.
« Art. L. 1114-2. - Lorsque l'action publique a été mise en mouvement par le ministère public ou la partie lésée, et sous réserve de l'accord de la victime, les associations agréées au niveau national dans les conditions prévues à l'article L. 1114-1 peuvent exercer les droits reconnus à la partie civile en ce qui concerne les infractions prévues par les articles 221-6, 222-19 et 222-20 du code pénal ainsi que les infractions prévues par des dispositions du présent code, portant un préjudice à l'intérêt collectif des usagers du système de santé. « Art. L. 1114-3. - Les salariés, membres d'une association visée à l'article L. 1114-1, bénéficient du congé de représentation prévu par l'article L. 225-8 du code du travail lorsqu'ils sont appelés à siéger : « 1° Soit au conseil d'administration, ou à l'instance habilitée à cet effet, d'un établissement de santé public ou privé, ou aux commissions et instances statutaires dudit établissement ; « 2° Soit dans les instances consultatives régionales ou nationales et les établissements publics nationaux prévus par le présent code. « L'indemnité prévue au II de l'article L. 225-8 du code du travail est versée par l'établissement de santé public ou privé concerné dans le cas visé au 1° du présent article ; dans les cas visés au 2°, elle est versée par les établissements concernés, ou par l'Etat lorsqu'il s'agit d'instances instituées auprès de l'Etat. « Art. L. 1114-4. - La commission régionale de conciliation et d'indemnisation mentionnée à l'article L. 1142-5, réunie en formation de conciliation, peut être saisie par toute personne de contestations relatives au respect des droits des malades et des usagers du système de santé. » II. - L'article L. 5311-1 du même code est ainsi modifié : 1° A la seconde phrase du dix-huitième alinéa, les mots : « les associations de patients et d'usagers de la médecine » sont remplacés par les mots : « des associations agréées de personnes malades et d'usagers du système de santé mentionnées à l'article L. 1114-1 » ; 2° L'avant-dernier alinéa est supprimé. Le V de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Celui-ci a la possibilité de se faire assister ou représenter par son conjoint, un ascendant ou un descendant en ligne directe, un avocat ou un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives. » Au premier alinéa de l'article L. 1421-1 du même code, après les mots : « et des lois et règlements relatifs », sont insérés les mots : « aux droits des personnes malades et des usagers du système de santé, ».

- Chapitre IV : Responsabilités des professionnels de santé […]

- Chapitre V : Orientations de la politique de santé

I. - L'article L. 1411-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Art. L. 1411-1. - La nation définit sa politique de santé selon des priorités pluriannuelles.« L'application de la politique de santé est évaluée annuellement par les conseils régionaux de santé et par le Haut conseil de la santé. « Au vu de ces travaux, le Gouvernement remet un rapport au Parlement, avant le 15 juin, sur les orientations de la politique de santé qu'il retient en vue notamment de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante. Est joint à ce rapport l'avis de la Conférence nationale de santé. Ce rapport fait l'objet d'un débat au Parlement. » II. - Après l'article L. 1411-1 du même code, sont insérés quatre articles L. 1411-1-1 à L. 1411-1-4 ainsi rédigés : « Art. L. 1411-1-1. - La Conférence nationale de santé a pour missions : « 1° D'analyser les données relatives à la situation sanitaire de la population ainsi que l'évolution des besoins de celle-ci ; « 2° De donner un avis au Gouvernement sur le rapport annuel prévu à l'article L. 1411-1 ainsi que sur toute autre question qu'il lui soumet et de formuler des propositions en vue d'améliorer le fonctionnement du système de santé ; « 3° D'élaborer, sur la base des rapports établis par les conseils régionaux de santé, un rapport annuel, adressé au ministre chargé de la santé et rendu public, sur le respect des droits des usagers du système de santé ; « 4° D'organiser ou de contribuer à l'organisation de débats publics permettant l'expression des citoyens sur des questions de santé ou d'éthique médicale. « Art. L. 1411-1-2. - La Conférence nationale de santé comprend des représentants des professionnels de santé et des établissements de santé ou d'autres structures de soins ou de prévention, des représentants des industries des produits de santé, des représentants des conseils régionaux de santé, des représentants des organismes d'assurance maladie, des représentants des usagers ainsi que des personnalités qualifiées. « Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article. « Art. L. 1411-1-3. - Le Haut conseil de la santé a pour missions : « 1° De contribuer à la définition des priorités pluriannuelles de santé publique, notamment en apportant son concours au Gouvernement et en formulant toute recommandation qu'il juge nécessaire en vue d'améliorer les politiques de santé ; « 2° D'évaluer, par l'intermédiaire d'un rapport remis au Parlement avant le 15 avril de chaque année, l'application de ces priorités. Ce rapport est élaboré notamment au vu des bilans établis, avant le 1er mars, par les conseils régionaux de la santé et au vu des propositions que ces derniers formulent. « Il peut être consulté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et les présidents des commissions compétentes du Parlement sur toute question concernant l'organisation du système de santé, en particulier sur les évolutions du système de soins liées aux objectifs de la politique de santé. « Art. L. 1411-1-4. - Le Haut conseil de la santé comprend des membres de droit et des personnalités qualifiées dont la compétence est reconnue sur les questions de santé. « Le président du Haut conseil de la santé est élu par les membres au sein des personnalités qualifiées. « Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article. » III. - Les dispositions du présent article entreront en vigueur à la date de nomination des membres de la Conférence nationale de santé définie à l'article L. 1411-1-1 et à la date de nomination des membres du Haut conseil de la santé prévue à l'article L. 1411-1-3.

I. - L'article L. 312-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé : « Art. L. 312-3. - I. - La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionnée à l'article L. 6121-9 du code de la santé publique et les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale se réunissent au moins une fois par an en formation élargie en vue : « 1° D'évaluer les besoins sociaux et médico-sociaux et d'analyser leur évolution ; « 2° De proposer des priorités pour l'action sociale et médico-sociale. « Tous les cinq ans, ces organismes élaborent un rapport qui est transmis, selon le cas, aux ministres et aux autorités

locales concernées. « Chaque année, le ministre chargé des affaires sociales présente un rapport à la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale sur la mise en œuvre des mesures prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale concernant l'action sociale ou médico-sociale. « II. - Les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale comprennent : « 1° Des représentants de l'Etat, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale ; « 2° Des représentants des personnes morales gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux, notamment des établissements spécialisés ; « 3° Des représentants des personnels de ces établissements et services ; « 4° Des représentants des usagers de ces établissements et services ; « 5° Des représentants des travailleurs sociaux et des professions de santé ; « 6° Des personnes qualifiées ;

- TITRE III : QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

- Chapitre Ier : Compétence professionnelle […]

Chapitre V
« Formation continue

« Art. L. 6155-1. - Les médecins, biologistes, odontologistes et les pharmaciens exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé, ainsi que ceux exerçant leurs fonctions dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier, sont soumis à une obligation de formation continue dans les conditions fixées aux premier et troisième alinéas de l'article L. 4133-1.[…]

« Chapitre VII

« Politique de prévention

« Art. L. 1417-1. - La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé. « La politique de prévention tend notamment : « 1° A réduire les risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer, tels l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits et de services, y compris de santé ; « 2° A améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ; « 3° A entreprendre des actions de prophylaxie et d'identification des facteurs de risque ainsi que des programmes de vaccination et de dépistage des maladies ; « 4° A promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive ; « 5° A développer des actions d'information et d'éducation pour la santé ; « 6° A développer également des actions d'éducation thérapeutique. « Art. L. 1417-2. - Dans le cadre des priorités pluriannuelles visées à l'article L. 1411-1, les objectifs et programmes prioritaires nationaux de prévention sont fixés après consultation du Haut Conseil de la santé, des caisses nationales d'assurance maladie et de la Conférence nationale de santé. « Ils sont transmis pour information aux commissions compétentes du Parlement. « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et, en tant que de besoin, les ministres concernés par leur application fixent par arrêté le contenu de chacun des programmes, la liste des actes et traitements afférents ainsi que les modalités et spécifications garantissant la qualité des actions mises en œuvre. « Art. L. 1417-3. - Pour assurer la coordination des actions de prévention et de leur financement, il est créé

un comité technique national de prévention, présidé par le ministre de la santé, qui réunit des représentants des ministères concernés, chargés notamment de la santé, de la sécurité sociale, de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, du travail, de l'environnement et de l'équipement, des établissements mentionnés aux articles L. 1323-1, L. 1413-2, L. 1414-1, L. 1417-4 et L. 5311-1, de l'assurance maladie, des collectivités territoriales et des personnalités qualifiées.
« Art. L. 1417-4. - Un établissement public de l'Etat dénommé "Institut national de prévention et d'éducation pour la santé a pour missions : « - d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ; « - d'assurer le développement de l'éducation pour la santé, y compris de l'éducation thérapeutique, sur l'ensemble du territoire, en tant que mission de service public répondant à des normes quantitatives et qualitatives fixées par décret. « Cet établissement est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il met en œuvre, pour le compte de l'Etat et de ses établissements publics, les programmes de prévention prévus par l'article L. 1417-2. « L'institut dispose de délégués régionaux. « Art. L. 1417-5. - En vue de l'accomplissement de ses missions, l'institut : « 1° Constitue un réseau national documentaire spécialisé sur les théories et pratiques relatives aux domaines de la prévention et de la promotion de la santé, ouvert au grand public, aux associations et aux professionnels, et met à leur disposition des supports d'information, des outils pédagogiques et méthodologiques d'éducation pour la santé ; « 2° Etablit, en lien avec les professionnels concernés, les critères de qualité pour les actions, les outils pédagogiques et les formations d'éducation thérapeutique et d'éducation pour la santé, développe, valide et diffuse les référentiels de bonnes pratiques dans ces domaines ; « 3° Emet un avis à la demande du ministre chargé de la santé, ou des ministres concernés, sur tout outil et programme de prévention et de promotion de la santé ; « 4° Conçoit et produit les différents supports des programmes nationaux de prévention, d'éducation thérapeutique et d'éducation pour la santé, notamment les documents d'information, outils pédagogiques et campagnes de communication ; « 5° Identifie, soutient, effectue ou participe à des formations, études, recherches et évaluations en rapport avec ses missions ; « 6° Accrédite les organismes de prévention et de promotion de la santé, publics et privés, qui en font la demande, sur la base d'un cahier des charges rendu public ; « 7° Participe à l'action européenne et internationale de la France, notamment au sein des organismes et réseaux internationaux chargés de développer l'éducation thérapeutique, l'éducation pour la santé, la prévention et la promotion de la santé. « Art. L. 1417-6. - L'institut est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général. « Le conseil d'administration comprend, outre son président, des représentants de l'Etat, de l'assurance maladie, d'organismes ou personnalités qualifiées dans les domaines de compétence de l'institut, des représentants d'usagers et des représentants du personnel. « Le président du conseil d'administration et le directeur général de l'institut sont nommés par décret sur proposition du ministre chargé de la santé. « Un conseil scientifique, dont le président est désigné par le ministre chargé de la santé après avis dudit conseil, veille à la cohérence de la politique scientifique de l'institut. Ses membres, dont quatre appartiennent au Haut conseil de la santé, sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé. Son président siège au conseil d'administration de l'institut avec voix consultative. « Le conseil d'administration délibère sur les orientations stratégiques pluriannuelles, le bilan d'activité annuel, le programme d'investissement, le budget et les comptes, les subventions éventuellement attribuées par l'institut, l'acceptation et le refus de dons et legs. « L'institut est soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable et à un contrôle d'Etat adaptés à la nature particulière de ses missions et définis par le présent chapitre. « Art. L. 1417-7. - L'institut emploie des agents régis par les titres II, III ou IV du statut général des fonctionnaires, des personnels mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 6152-1 ou des agents publics régis par des statuts particuliers, en position de détachement ou de mise à disposition. « Il emploie également des agents contractuels de droit public, avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Le conseil d'administration délibère sur un

règlement fixant les conditions de leur gestion administrative et financière. « L'établissement peut également faire appel à des agents contractuels de droit privé. Ces fonctions peuvent être exercées par des agents occupant par ailleurs à titre principal une activité professionnelle libérale. « Art. L. 1417-8. - Les ressources de l'institut sont constituées notamment : « 1° Par une subvention de l'Etat ; « 2° Par une dotation globale versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. Les modalités de fixation et de révision de la dotation globale sont prévues par décret en Conseil d'Etat ; « 3° Par des subventions de collectivités publiques, de leurs établissements publics, des organismes d'assurance maladie, des organismes mutualistes, de la Communauté européenne ou des organisations internationales ; « 4° Par des taxes prévues à son bénéfice ; « 5° Par des redevances pour services rendus ; « 6° Par des produits divers, dons et legs ; « 7° Par des emprunts. « L'institut peut attribuer des subventions dans des conditions prévues par décret. « Art. L. 1417-9. - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, et notamment : « 1° Le régime de l'institut et le contrôle d'Etat auxquels il est soumis, prévus à l'article L. 1417-6 ; « 2° Les règles applicables aux agents contractuels de l'institut ; « 3° Les modalités de fixation et de révision de la dotation des régimes d'assurance maladie. » II. - Les dispositions des articles L. 1417-4 à L. 1417-9 du code de la santé publique entreront en vigueur à la date de publication du décret nommant le directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. A compter de cette date, l'institut est substitué au Comité français d'éducation pour la santé dans l'ensemble de ses droits et obligations, créances et dettes. L'ensemble des biens meubles et immeubles de ce comité est transféré à l'institut en ne donnant lieu à aucune perception de droits, impôts ou taxes. L'article L. 6211-8 du code de la santé publique est ainsi modifié : 1° Au 1°, après les mots : « des analyses » sont insérés les mots : « , et notamment les tests d'orientation diagnostique entrant dans le cadre de l'action nationale de préservation de l'efficacité des antibiotiques, » ; 2° Le 1° est complété par un alinéa ainsi rédigé : « La nature des tests mentionnés ci-dessus et, le cas échéant, les conditions techniques de leur réalisation sont précisées par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et de la Commission nationale permanente de biologie médicale. Les frais d'acquisition des dispositifs médicaux utilisés pour ces tests peuvent être remboursés aux médecins par les organismes d'assurance maladie dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis du Comité économique des produits de santé ; » I. - L'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié : 1° Le 6° est ainsi rédigé : « 6° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes prioritaires de prévention définis en application des dispositions de l'article L. 1417-2 du code de la santé publique, et notamment des frais relatifs aux examens de dépistage effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même code ainsi que des frais afférents aux examens prescrits en application de l'article L. 2121-1 du même code et aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » 2° Les 7° et 8° sont abrogés. II. - Au 3° de l'article L. 221-1 du même code, les mots : « dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel après avis et proposition de son conseil d'administration » sont remplacés par les mots : « dans le cadre des programmes prioritaires nationaux définis en application de l'article L. 1417-2 du code de la santé publique, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ». III. - Au 16° de l'article L. 322-3 du même code, les mots : « dans le cadre des programmes mentionnés au 8° de l'article L. 321-1 » sont remplacés par les mots : « dans le cadre des programmes mentionnés au 6° de l'article L. 321-1 ». IV. - Les dispositions du présent article entreront en vigueur le 1er janvier 2003.

Le cinquième alinéa de l'article L. 1411-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Un décret fixe la liste des examens et tests de dépistage y compris lorsqu'ils sont effectués dans le cadre d'une démarche individuelle de recours aux soins, qui ne peuvent être réalisés

que par des professionnels et des organismes ayant souscrit à la convention type mentionnée au troisième alinéa. »

« Chapitre Ier

« Réseaux de santé

« Art. L. 6321-1. - Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. « Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. « Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale. « Art. L. 6321-2. - Régis par la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération et soumis aux dispositions du présent chapitre, les réseaux coopératifs de santé sont des sociétés de prise en charge pluridisciplinaire répondant aux critères et conditions définis à l'article L. 6321-1. « Les coopératives hospitalières de médecins et les réseaux coopératifs de santé peuvent adhérer à des structures de coopération publique et privée, notamment des groupements de coopération sanitaire, des groupements d'intérêt économique, des groupements d'intérêt public ou des associations, ou signer des conventions en vue de mettre en place une organisation commune au sein de réseaux de santé, associant des établissements de santé et des professionnels libéraux. « Les réseaux coopératifs de santé sont soumis aux mêmes dispositions que les sociétés coopératives hospitalières de médecins sauf : « - celles concernant l'inscription au tableau du conseil départemental des médecins ; « - celles concernant l'engagement d'utilisation exclusive des services de la société, tel qu'énoncé à l'article visant les associés coopérateurs. Cependant, les statuts des réseaux coopératifs de santé devront comporter des règles d'engagement d'activité claires et adaptées à la spécificité du réseau concerné et prévoir les modalités des sanctions d'exclusion nécessaires en cas de manquement au respect de ces engagements par un membre. » II. - Dans les articles L. 6113-4, L. 6114-2, L. 6114-3, L. 6122-15, au 8° de l'article L. 6143-1 et au 6° de l'article L. 6144-1 du même code, la référence aux réseaux de soins et à l'article L. 6121-5 est remplacée par la référence aux réseaux de santé et à l'article L. 6321-1. III. - L'article L. 6121-5 du même code est abrogé.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.
Fait à Paris, le 4 mars 2002.

Annexe II : Extraits du décret 2002-1463 du 17 décembre 2002 et Art. L.6321-1 du CSP

Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique J.O n° 294 du 18 décembre 2002

Le Premier ministre, sur le rapport du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6321-1 ; vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-43 à L. 162-46 ; vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie en date du 22 octobre 2002, décrète Article 1 Au livre VII du code de la santé publique (troisième partie : Décrets) est inséré un titre V ainsi rédigé :

« TITRE V « RÉSEAUX ET AUTRES SERVICES DE SANTÉ

« Chapitre 1er « Réseaux de santé

« Art. D. 766-1-1. - Les réseaux de santé définis à l'article L. 6321-1 peuvent bénéficier de subventions de l'Etat et des collectivités territoriales ainsi que de financements de l'assurance maladie, notamment de la dotation nationale de développement des réseaux en application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale, sous réserve de satisfaire aux conditions définies par les articles D. 766-1-2 à D. 766-1-6 du présent code.

« Art. D. 766-1-2. - Les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social. En fonction de leur objet, les réseaux mettent en œuvre des actions de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social.

« Chaque réseau définit son objet et les moyens nécessaires à sa réalisation. Il rappelle et fait connaître les principes éthiques dans le respect desquels ses actions seront mises en œuvre. Il met en place une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques, s'appuyant notamment sur des référentiels, des protocoles de prise en charge et des actions de formation destinées aux professionnels et intervenants du réseau, notamment bénévoles, avec l'objectif d'une prise en charge globale de la personne.

« Le réseau prévoit une organisation, un fonctionnement et une démarche d'évaluation décrits dans une convention constitutive, lui permettant de répondre à son objet et de s'adapter aux évolutions de son environnement.

« Art. D. 766-1-3. - Le réseau garantit à l'usager le libre choix d'accepter de bénéficier du réseau ou de s'en retirer. Il garantit également à l'usager le libre choix des professionnels de santé intervenant dans le réseau.

« Le réseau remet un document d'information aux usagers qui précise le fonctionnement du réseau et les prestations qu'il propose, les moyens prévus pour assurer l'information de l'usager à chaque étape de sa prise en charge, ainsi que les modalités lui garantissant l'accès aux informations concernant sa santé et le respect de leur confidentialité.

« Lorsqu'une prise en charge individualisée est proposée dans le cadre du réseau, le document prévu à l'alinéa précédent est signé, lorsque cela est possible, par l'usager ou, selon le cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur, dans les conditions définies à l'article L. 1111-2 ou par la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6. Ce document détermine également les règles de cette prise en charge et les engagements réciproques souscrits par l'usager et par les professionnels.

« La charte du réseau décrite à l'article D. 766-1-4 et la convention constitutive décrite à l'article D. 766-1-5 sont portées à la connaissance de l'usager. Le réseau remet également la charte du réseau à l'ensemble des professionnels de santé de son aire géographique.

« Art. D. 766-1-4. - L'amélioration de la qualité du service rendu à l'usager au sein du réseau implique une coordination organisée entre les membres du réseau pour assurer la continuité et la globalité des interventions, pluri-professionnelles et, le cas échéant, interdisciplinaires.

« Une charte, dite «charte du réseau, définit les engagements des personnes physiques et des personnes morales, notamment des associations, intervenant à titre professionnel ou bénévole. Cette charte, cosignée par chacun des membres du réseau, rappelle les principes éthiques. En outre, elle précise :

« 1° Les modalités d'accès et de sortie du réseau ;
« 2° Le rôle respectif des intervenants, les modalités de coordination et de pilotage ;
« 3° Les éléments relatifs à la qualité de la prise en charge ainsi que les actions de formation destinées aux intervenants ;
« 4° Les modalités de partage de l'information dans le respect du secret professionnel et des règles déontologiques propres à chacun des acteurs.
« Les référentiels utilisés et les protocoles de prise en charge font l'objet d'une annexe à la charte.
« Le document d'information prévu au deuxième alinéa de l'article D. 766-1-3 est également annexé à la charte du réseau.
« Les signataires de la charte s'engagent à participer aux actions de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social mises en œuvre dans le cadre du réseau, en fonction de son objet, et à la démarche d'évaluation.
« Les signataires de la charte s'engagent également à ne pas utiliser leur participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité. Le bénéfice des financements prévus à l'article D. 766-1-1 est subordonné au respect de cette règle. Cette interdiction ne s'applique pas aux opérations conduites par le réseau et destinées à le faire connaître des professionnels ou des patients concernés, dans le respect des règles déontologiques relatives à la publicité et à la concurrence entre confrères.
« Art. D. 766-1-5. - Le ou les promoteurs du réseau et ses autres membres, au moment de sa création, signent une convention constitutive qui précise notamment :
« 1° L'objet du réseau et les objectifs poursuivis ;
« 2° L'aire géographique du réseau et la population concernée ;
« 3° Le siège du réseau ; l'identification précise des promoteurs du réseau, leur fonction et, le cas échéant, l'identification du responsable du système d'information ;
« 4° Les personnes physiques et morales le composant et leurs champs d'intervention respectifs ;
« 5° Les modalités d'entrée et de sortie du réseau des professionnels et des autres intervenants ;
« 6° Les modalités de représentation des usagers ;
« 7° La structure juridique choisie et ses statuts correspondants, les différentes conventions et contrats nécessaires à sa mise en place ;
« 8° L'organisation de la coordination et du pilotage, les conditions de fonctionnement du réseau et, le cas échéant, les modalités prévues pour assurer la continuité des soins ;
« 9° L'organisation du système d'information, et l'articulation avec les systèmes d'information existants ;
« 10° Les conditions d'évaluation du réseau ;
« 11° La durée de la convention et ses modalités de renouvellement ;
« 12° Le calendrier prévisionnel de mise en œuvre ;
« 13° Les conditions de dissolution du réseau.
« Cette convention constitutive est signée par tout nouveau membre du réseau. Elle est portée à la connaissance des professionnels de santé de l'aire géographique du réseau.
« Art. D. 766-1-6. - Les réseaux qui sollicitent les financements mentionnés à l'article D. 766-1-1 présentent à l'appui de leur demande un dossier comprenant les documents prévus aux articles D. 766-1-3 à D. 766-1-5, ainsi qu'un plan de financement. Les financements acquis ou demandés, l'ensemble des moyens en personnel, en locaux ou en matériel mis à leur disposition et valorisés, y sont énumérés. Les documents comptables correspondants y sont annexés, ainsi que les accords passés entre les membres du réseau et des tiers, le cas échéant.
« Art. D. 766-1-7. - Chaque année, avant le 31 mars, les promoteurs du réseau transmettent aux représentants des organismes qui leur ont accordé les financements mentionnés à l'article D. 766-1-1 un rapport d'activité relatif à l'année précédente comportant des éléments d'évaluation ainsi qu'un bilan financier et les documents comptables s'y rapportant.
« Tous les trois ans, ainsi que, le cas échéant, au terme du projet, un rapport d'évaluation est réalisé permettant d'apprécier :
« 1° Le niveau d'atteinte des objectifs ;
« 2° La qualité de la prise en charge des usagers (processus et résultats) ;

« 3° La participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau ;
« 4° L'organisation et le fonctionnement du réseau ;
« 5° Les coûts afférents au réseau ;
« 6° L'impact du réseau sur son environnement ;
« 7° L'impact du réseau sur les pratiques professionnelles. »
Article 2 : Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales, le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire et le ministre délégué aux libertés locales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.
Fait à Paris, le 17 décembre 2002. Par le Premier ministre Jean-Pierre Raffarin
Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Jean-François Mattei
Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, Nicolas Sarkozy
Le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, François Fillon
Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, Francis Mer
Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales, Hervé Gaymard
Le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire, Alain Lambert
Le ministre délégué aux libertés locales, Patrick Devedjian

Code de la santé publique

- Partie législative
  - Sixième partie : Etablissements et services de santé
    - Livre III : Aide médicale urgente, permanence des soins, transports sanitaires et autres services de santé
      - Titre II : Autres services de santé
        - Chapitre Ier : Réseaux de santé

Article L6321-1

Modifié par Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 - art. 11 () JORF 6 septembre 2003
Modifié par Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 - art. 17 () JORF 6 septembre 2003

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.
Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.
Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

Annexe III : Extraits du Décret n° 2006-651 du 2 juin 2006 relatif à la formation pharmaceutique continue et modifiant la quatrième partie du code de la santé publique (dispositions réglementaires)

Le Premier ministre, sur le rapport du ministre de la santé et des solidarités, vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4236-1 à L. 4236-6 ; vu la loi no 2000-321 du 12 avril 2000 ; le Conseil d'Etat (section sociale) entendu, décrète :

Art. 1er. – Le chapitre VI du titre III du livre II de la quatrième partie du code de la santé publique (dispositions réglementaires) est ainsi rédigé :

« CHAPITRE VI Formation

« Section 1 Conseil national de la formation pharmaceutique continue

« Sous-section 1 Missions du conseil national

« *Art. R. 4236-1.* − En application de l'article L. 4236-2, le Conseil national de la formation pharmaceutique continue définit, pour cinq ans, les orientations nationales de cette formation. Il fixe, à ce titre, les thèmes prioritaires de formation prenant en compte les objectifs de la politique de santé publique et les plans d'action mentionnés à l'article L. 1411-2 ainsi que les programmes de santé mentionnés à l'article L. 1411-6. Au cours de cette période quinquennale, le conseil national peut adapter ou compléter les orientations initialement fixées, en vue de prendre en compte de nouveaux besoins de formation ou pour répondre à des besoins de santé publique.

« En application du 3o de l'article L. 4236-2, le conseil national fixe les règles de la validation de l'obligation de formation continue. Ces règles sont homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

« *Art. R. 4236-2.* − Le Conseil national de la formation pharmaceutique continue agrée les organismes de formation continue […] « Chaque organisme agréé est tenu de transmettre annuellement au Conseil national de la formation continue un rapport dressant un bilan pédagogique et financier de son activité. Ce bilan indique, notamment, le nombre de pharmaciens formés et le nombre de formations dispensées, en précisant leur objet, leur nature, leur durée et le mode d'évaluation des acquis des pharmaciens à l'issue des formations suivies. […]

« *Art. R. 4236-3.* − En application de l'article L. 4236-2, l'évaluation de la mise en œuvre du dispositif de formation continue prévue à l'article R. 4236-1 fait l'objet d'un rapport annuel […] ce rapport est adressé au ministre chargé de la santé avant le 15 mai de l'année suivant celle qui fait l'objet du rapport.

« Sous-section 2 Composition du conseil national

« *Art. R. 4236-4.* − Le Conseil national de la formation pharmaceutique continue est composé de 31 membres désignés par arrêté du ministre chargé de la santé pour une durée de cinq ans. Ce mandat est renouvelable une fois. […]

« Sous-section 3 Organisation du conseil national en sections

« *Art. R. 4236-5.* − Le Conseil national de la formation pharmaceutique continue est composé de trois sections dénommées "Dispensation", "Biologie" et "Industrie et distribution en gros".

« Les sections préparent le travail du conseil national, en vue notamment de l'exercice des missions définies aux 2o et 3o de l'article L. 4236-2.

[…] « La composition et le fonctionnement des sections sont déterminées par le règlement intérieur du conseil national.

« Sous-section 4 Fonctionnement du conseil national

« *Art. R. 4236-6.* − Si un membre du conseil national cesse ses fonctions avant le terme normal de son mandat, quelle qu'en soit la cause, son remplacement intervient dans les mêmes conditions que la nomination et pour la durée du mandat restant à courir. […]

« *Art. R. 4236-7.* − Le ministre chargé de la santé convoque le conseil national pour sa première réunion dont il établit l'ordre du jour.[…] « Le conseil national adopte son règlement intérieur.

« Avec l'accord du président, des personnalités extérieures au Conseil national peuvent participer à ses travaux avec voix consultative.

« Section 2 Conseils régionaux et interrégionaux de la formation pharmaceutique continue

« *Art. R. 4236-8.* − Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe, au regard des besoins et des ressources de la formation dans chacune des trois sections définies à l'article R. 4236-5, la liste des conseils régionaux et interrégionaux de la formation pharmaceutique continue.
« Pour les conseils interrégionaux, le préfet de région compétent pour l'application des articles R. 4236-13 et R. 4236-14 est le préfet de la région qui comporte le plus grand nombre de pharmaciens inscrits au tableau de l'ordre.
« Sous-section 1 Missions des conseils régionaux et interrégionaux
« *Art. R. 4236-9.* − Chaque formation suivie donne lieu à la délivrance d'un certificat au pharmacien par l'organisme de formation agréé qui en conserve une copie pendant cinq ans.
« *Art. R. 4236-10.* − Tous les cinq ans, le pharmacien dépose, auprès du conseil régional ou interrégional de la formation pharmaceutique continue dont il dépend au titre de son activité principale, son dossier regroupant les justificatifs des formations suivies. Le dépôt du dossier peut s'effectuer par voie électronique. Le conseil régional ou interrégional vérifie, au vu du dossier, le respect de l'obligation de formation continue, dans les conditions prévues à l'article R. 4236-1 du code de la santé publique.
« Le conseil régional ou interrégional de la formation pharmaceutique continue valide le respect de l'obligation de formation pharmaceutique continue en délivrant au pharmacien une attestation et en informe le conseil régional ou central de l'ordre dont dépend le pharmacien au titre de son activité principale.. .
« Si, au terme de ces cinq ans, le pharmacien n'a pas envoyé son dossier au conseil régional ou interrégional de la formation pharmaceutique continue, celui-ci le met en demeure de produire tous justificatifs. En cas d'absence de production des justificatifs demandés dans un délai de six mois, le conseil régional ou interrégional de la formation pharmaceutique continue en informe le conseil régional ou central de l'ordre dont dépend le pharmacien au titre de son activité principale.
« Lorsqu'au vu du dossier présenté, le conseil régional ou interrégional de la formation pharmaceutique continue estime que le pharmacien n'a pas respecté son obligation de formation continue, il arrête, de concert avec ce dernier, un plan permettant de compenser le retard pris dans le suivi des formations éligibles à la formation pharmaceutique continue.
« En cas de refus du pharmacien de s'engager à mettre ce plan en œuvre, le conseil régional ou interrégional de la formation pharmaceutique continue en informe le conseil régional ou central de l'ordre dont dépend le pharmacien au titre de son activité principale
« *Art. R. 4236-11.* − Chaque année, avant le 15 février, le conseil régional ou interrégional adresse un rapport sur son activité au cours de l'année civile précédente au préfet de région compétent et au conseil national […].
« Sous-section 2 Composition des conseils régionaux et interrégionaux
« *Art. R. 4236-12.* − Le conseil régional ou interrégional de la formation pharmaceutique continue est composé de 9 membres nommés pour un mandat de cinq ans renouvelable une fois […].
« Sous-section 3 Organisation et fonctionnement des conseils régionaux et interrégionaux
« *Art. R. 4236-13.* − Les nominations des membres des conseils régionaux et interrégionaux de la formation pharmaceutique continue sont publiées aux recueils des actes administratifs des départements et des régions ou au *Journal officiel*. […].
« *Art. R. 4236-14.* − Le préfet de région convoque le conseil régional ou interrégional pour sa première réunion dont il fixe l'ordre du jour.[…]. « Les décisions sont prises à la majorité des voix des membres présents ou représentés. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.
. .
« Les membres des conseils régionaux et interrégionaux ne peuvent pas siéger lorsque ceux-ci se prononcent sur le respect de l'obligation de formation les concernant ou concernant un pharmacien avec lequel ils ont des liens, des intérêts ou des relations de nature à compromettre leur indépendance.
« Le conseil régional ou interrégional adopte son règlement intérieur sur la base d'un document type établi par le conseil national.

« Le préfet de région ou son représentant assiste avec voix consultative aux réunions du conseil régional ou interrégional.
« Avec l'accord du président, des personnalités extérieures au conseil régional ou interrégional peuvent participer à ses travaux avec voix consultative.
« Section 3 Dispositions communes
« *Art. R. 4236-15.* − Les fonctions des membres du conseil national et des conseils régionaux et interrégionaux de la formation pharmaceutique continue sont exercées à titre gratuit.
« Les membres de ces conseils perçoivent des indemnités forfaitaires destinées à compenser la perte de ressources professionnelles entraînée par leurs fonctions au sein des conseils. Les fonctions donnant lieu à indemnisation et le montant des indemnités forfaitaires sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé du budget.
« Les employeurs des membres salariés du conseil national, des conseils régionaux et interrégionaux peuvent, à leur demande obtenir le remboursement direct, dans des limites fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé du budget, des rémunérations maintenues aux pharmaciens pour leur permettre de participer aux travaux des conseils pendant leur temps de travail, ainsi que les avantages et charges y afférents. […].
« *Art. R. 4236-17.* − L'ordre des pharmaciens peut, par voie de convention passée avec l'Etat, être chargé de gérer sur le plan matériel, aux échelons national et régional, le fonctionnement des conseils nationaux, régionaux et interrégionaux de la formation pharmaceutique continue et d'assurer l'indemnisation de leurs membres prévue aux articles R. 4236-15 et R. 4236-16. »
Art. 2. – Le Conseil national de la formation pharmaceutique continue peut, pour l'examen des dossiers de demande d'agrément, présentés par les organismes de formation dans les cinq mois suivant la publication du présent décret, s'adjoindre des rapporteurs extérieurs choisis sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la santé et qui n'ont pas voix délibérative. Ces rapporteurs extérieurs perçoivent des indemnités de vacation dont le montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé du budget.
Art. 3. – Pour l'application des dispositions du présent décret, la première période maximale de cinq ans mentionnée à l'article R. 4236-10 du code de la santé publique court, pour les pharmaciens déjà en exercice à cette date, à compter de la date d'installation du conseil régional ou interrégional dont ils dépendent au titre de leur activité principale et, pour les pharmaciens débutant leur activité à une date postérieure, à compter de la date du début de leur activité.
Les pharmaciens ayant suivi des formations préalablement à la date d'installation du conseil régional ou interrégional dont ils dépendent au titre de leur activité principale peuvent, dès cette même date, déposer leur dossier auprès du conseil régional ou interrégional dont ils dépendent en vue de la validation de leur obligation de formation continue pour la première période de cinq ans.
Art. 4. – Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué au budget et à la réforme de l'Etat, porte-parole du Gouvernement, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.
Fait à Paris, le 2 juin 2006.
Par le Premier ministre : DOMINIQUE DE VILLEPIN
Le ministre de la santé et des solidarités, XAVIER BERTRAND
Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, THIERRY BRETON. .
Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, GILLES DE ROBIEN
Le ministre délégué au budget et à la réforme de l'Etat, porte-parole du Gouvernement, JEAN-FRANÇOIS COPÉ

Annexe IV : Médicaments utilisés pour la nébulisation

	volume	indication	forme galénique	dilution	produit pour la dilution	mélange	matériel cité dans le RCP	particularités
terbutaline (BRICANYL®*)	2 ml	asthme aigü, poussées aigües de BPCO de l'adulte	solution	obligatoire à 4 ou 5 ml	NaCl 0,9% stérile	atrovent	aucun	* Ces médicaments sont réservés à la prescription par les pneumologues et les pédiatres
salbutamol (VENTOLINE®*)	2,5 ml	asthme aigü, poussées aigües de BPCO de l'adulte	solution	possible	NaCl 0,9% stérile	atrovent	aucun	
ipratropium (ATROVENT®*)	1 ou 2 ml	asthme aigu grave et des poussées aiguës de BPCO de l'adullte	solution	obligatoire à 4 ou 5 ml	NaCl 0,9%	ventoline, bricanyl	aucun	
budésonide (PULMICORT®)	2 ml	asthme persistant sévère	suspension	possible	NaCl 0,9% stérile	bricanyl	Pneumatique	
béclométhasone (BECLOSPIN®)	1 ou 2 ml	asthme persistant sévère de l'enfant	suspension	possible	NaCl 0,9% stérile	-	Pneumatique	forme réservée à l'enfant ou au nourrisson
cromoglycate de sodium (LOMUDAL®)	2 ml	asthme persistant léger	solution	possible	NaCl 0,9% stérile	ventoline, bricanyl	aucun	
pentamidine (PENTACARINAT®)	6 ml	prévention des infections à Pneumocystis carinii chez l'immunodéprimé	poudre	obligatoire avec 10 ml	EPPI, incompatible avec le NaCl 0,9%	aucun	Pneumatique (respirguard) usage unique	filtre obligatoire
tobramycine (TOBI®)**	5 ml	traitement des infections à Pseudomonas aeruginosa chez les patients atteints de mucoviscidose âgés de + de 6 ans	solution	déconseillée	-	aucun	Compresseur + LC PLUS® Pari	respecter l'ordre bronchodilatateur, kinésithérapie resp, autre inhalation enfin Tobi®
rhDNAse (PULMOZYME®)**	2,5 ml	traitement de l'encombrement bronchique chez les patients atteints de mucoviscidose âgés de + de 5 ans	solution	déconseillée	-	aucun	11 couples pneumatiques dont TurboBOY® / LC PLUS®	à conserver entre +2°C et +8°C et à l'abri de la lumière
iloprost (VENTAVIS® *)**	2 ml	traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire	solution	déconseillée	-	aucun	Halolite / Prodose	*** Ce médicament est en réserve hospitalière, à administrer par embout buccal.
***Melaleuca viridiflora* (GOMENOL®)**	5 ml	traitement des états congestifs des voies aériennes supérieures	solution	souhaitable	NaCl 0,9% ou eau distillée	aucun	aucun	

Annexe V : Comme faire une bonne glycémie capillaire ?

Préparer votre matériel y compris où mettre les déchets pour faire une glycémie capillaire.

Lavage des mains avec savon et eau tiède. Bien sécher.
NB : Ne jamais utiliser d'alcool pour désinfecter car elle fausse les résultats de la glycémie.

Choisir un doigt pré destiné à être piqué, en évitant le pouce et l'index.

Masser vigoureusement le doigt qui doit être piqué.

Sélectionner la profondeur de piqûre de votre stylo autopiqueur. Toujours avec une lancette neuve et le stylo piqueur.
NB : Ne pas utiliser les aiguilles pour injection d'insuline. Changer de lancette à chaque glycémie capillaire.

Piquer le doigt sur le côté et ne pas piquer la pulpe du doigt.

Déposer la goutte de sang sur la bandelette.

Lire la mesure et la noter sur votre carnet d'auto surveillance.

NB : Si problème avec le lecteur, n'hésiter pas à téléphoner au n° vert que vous avez avec votre appareil, une opératrice est à votre disposition 24 h/24 h.

Ranger tous le matériel et éliminer votre matériel souillé dans un conteneur étanche. Ne jamais jeter les aiguilles dans une poubelle. (dessin IX : livret « Conseils pour un bon prélèvement capillaire »)

Extrait du document BD "Conseils pour un bon prélèvement capillaire"

Annexe VI :

OPINION PHARMACEUTIQUE1

(Exemplaire destiné au prescripteur, le double étant consigné à l'officine)

Document personnel protégé par le secret professionnel

(Tampon de la pharmacie & date du jour)

Docteur : _____

Spécialité :_____
Service : **Unité fonctionnelle**
N° ADELI : ^_____~
N° Tel _____ ***N° Fax***

OBJET : *(cf. photocopie recto)*

? Traitement en cours d'instauration **?** Renouvellement **Ordonnance du *:*** **/2000 établie pour**

PATIENT :

Nom : _____Prénom : _____

N° Identification :_____ Date de naissance : / / ou âge _____
(immatriculation SS ou n° dossier)

Taille : _____ ***Cm***

NATURE DU PROBLEME : DM ? F Poids ***:*** _____**Kg**

Médicaments concernés (DC, forme galénique dosage & posologie)

D Inobservance **?** Interaction(s) médicamenteuse(s) **?** Contre-indication **?** Anomalie de posologie
? Effet(s) indésirables(s)
? Indication hors AMM
D Autres (médicament réservé à l'hôpital, méd à statut particulier...)

ARGUMENT(S) PHARMACEUTIQUE(S)

_____
_____
_____

INTENTION(S) THERAPEUTIQUE(S) DU PRESCRIPTEUR

_____
_____

REFERENCE(S)

? Dictionnaire :_____**D Banque de données :** _____**D Autre :**_____
D Contact avec le Centre de Pharmacovigilance de : _____ le : / /20
D Edition d'une déclaration d'effet indésirable susceptible d'être dû au médicament (cerfa n°10011'01) le : / /20

DECISION

D Adaptation de posologie **D** Aménagement du traitement **D** Arrêt du médicament

D Changement de classe thérapeutique **D** Patient ou mandataire informé
D Changement de DCI **D O.P. communiquée**
D Maintien de traitement au Dr

Validée par _____ Qualité_____ le / /**20** Signature

1-L'opinion pharmaceutique est un avis motivé, dressé sous l'autorité d'un pharmacien, portant sur la pertinence pharmaceutique d'une ordonnance, d'un test ou d'une demande du patient, consigné dans l'officine, et impérativement communiqué sur un document normalisé au prescripteur lorsqu'il invite à la révision, ou lorsqu'il justifie le refus ou la modification d'office de sa prescription (Cf. les art. R-4235-48 – R4235-61 du CSP)

Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, Conseil Central de la Section A

6 - Glossaire

Assurance de la qualité : ensemble des activités préétablies et systématiques mises en œuvre dans le cadre du système qualité et démontrées en tant que de besoin, pour donner la confiance appropriée en ce qu'une entité satisfera aux exigences pour la qualité.
Auto-évaluation : examen complet, systématique et régulier des activités et des résultats de l'officine par l'équipe selon une grille préétablie.
Automédication : automédication consiste pour une personne à choisir et utiliser un médicament pour soigner une affection ou un symptôme qu'elle a elle-même identifié (réf. WHO/DAP/98-13).
Bandelette de glycémie : petite bande plastifiée faisant parfois office d'électrode et permettant le recueil d'une goutte de sang capillaire.
Cisaillement : tendance à la séparation d'une structure en tronçons glissant l'un sur l'autre suivant un plan de section sous l'effet de forces parallèles et de sens contraire. Ce phénomène peut aussi se produire à la flexion ou à la torsion.
Colostomie : abouchement (application de l'ouverture d'un conduit) du côlon (gros intestin) à la peau.
Continence : fonctionnement normal d'un sphincter, assurant la rétention et empêchant le passage (ou transit). Se dit le plus souvent des sphincters de la vessie ou de l'anus dont le bon fonctionnement empêche une miction* ou une défécation (émission de fécès) involontaire.
Dispensation : en pharmacie pratique, acte pharmaceutique, au cours duquel le pharmacien délivre un produit, prescrit ou non, en l'accompagnant d'un contrôle de l'ordonnance ou de la demande, de la préparation éventuelle des prises et d'informations et conseils nécessaires au bon usage et au suivi du médicament.
Dispositif médical : instrument, appareil, équipement, matière, etc., utilisé seul ou non, y compris le logiciel éventuellement nécessaire à son fonctionnement, destiné à être utilisé chez l'homme à des fins de diagnostic, prévention, contrôle, traitement, atténuation d'une maladie ; de diagnostic, contrôle, traitement, atténuation, compensation d'une blessure ou d'un handicap ; d'étude, remplacement ou modification d'une structure anatomique ou d'un processus physiologique ; de maîtrise de la conception (article R. 665-1 du Code de la santé publique), et dont l'action principale recherchée dans ou sur l'organisme humain n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques, immunologiques ou métaboliques, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens.
Distribution : ensemble des opérations concourant à la dispensation, depuis l'approvisionnement jusqu'à la délivrance.

Drainage : procédé permettant l'écoulement des liquides d'une plaie, d'un organe creux ou d'une cavité pathologique. On utilise pour cela un tube appelé drain.
Équipe de soins primaires : centre de santé pluridisciplinaire extrahospitalier.
Escarre : destruction de la peau et des tissus, éventuellement jusqu'à l'os, aux points de pression et de cisaillement chez les malades qui demeurent trop longtemps dans la même position.
Exigences pour la qualité : expression des besoins, ou leur traduction en un ensemble d'exigences exprimées en termes quantitatifs et qualitatifs pour les caractéristiques d'une entité afin de permettre sa réalisation et son examen.
Exsudat : liquide issu du suintement du sérum sanguin au travers des parois des vaisseaux, d'une cavité ou d'une plaie.
Fosset : dispositif permettant l'obturation d'une sonde.
Garde-robe : cabinet d'aisance ou chaise percée. Ici, fauteuil qui possède cette fonction grâce à une assise percée sous laquelle est placée une cuvette recueil.
Gaz du sang : quantité d'oxygène, d'anhydride carbonique (gaz carbonique) et d'acide, contenue dans le sang artériel, exprimée respectivement sous la forme d'une pression partielle en oxygène (PaO_2) et anhydride carbonique ($PaCO_2$) et, pour l'acidité, sous la forme d'un pH.
Gel : masse visco-élastique formée par dispersion dans l'eau de composés colloïdaux macromoléculaires, comme par exemple la gélatine, qui interagissent en formant un réseau maillé et lui confèrent une structure solide de consistance variable.
Glycémie : quantité de glucose présente dans le sang.
Hydrocellulaire : nom donné à des mousse, généralement en polyuréthanne, utilisées pour la confection de pansements actifs destinés aux plais humides.
Hydrocolloïde : matériau constitué de particules hydrophiles (gélatine, pectine, poly-isobutylène, carboxyméthylcellulose par exemple), incluses dans une matrice réticulée hydrophobe, qui forme un gel plus ou moins épais au contact d'un liquide tel un exsudat. Les hydrocolloïdes sont utilisés pour la confection de pansements destinés à la cicatrisation en milieu humide et celle de protecteurs cutanés des poches pour stomisés.
Hydrogel : gel aqueux à base de glycérine, de polymères hydrophiles, de polyuréthanne ou de polyvidone, ayant un grand pouvoir d'absorption des exsudats, utilisé pour la confection de pansements destinés aux plaies exsudatives pour en absorber l'excès de liquide, ou aux plaies nécrotiques en vue de les réhydrater.
Iatrogénie : ensemble des effets indésirables et accidents qui peuvent se produire tant en raison des effets propres aux médicaments que des circonstances de leur utilisation, dont les erreurs médicamenteuses.
Insuline : hormone sécrétée par le pancréas, qui diminue la glycémie et favorise l'utilisation du glucose par les tissus, et qui est employée dans le

traitement du diabète (diabète sucré, diabète insulino-dépendant). Voir glycémie.
Ischion : partie inférieure et postérieure de l'os iliaque.
Lancette : petite aiguille à usage unique qui s'adapte sur un autopiqueur afin de prélever une goutte de sang capillaire le plus souvent au bout d'un doigt.
Macération : ramollissement et altération d'un tissu ou d'un organe par suite d'un contact prolongé avec l'eau ou un autre liquide comme la sueur ou l'urine.
Maladies neuromusculaires : maladies ayant pour origine une altération de la jonction neuromusculaire, comme par exemple dans la myasthénie, ou du système nerveux : neurone moteur périphérique comme dans la maladie de Charcot-Marie-Tooth, ou moelle épinière comme dans la sclérose latérale amyotrophique ou les amyotrophies spinales chroniques.
Management de la qualité : ensemble des activités de la fonction générale de management qui déterminent la politique qualité, les objectifs et les responsabilités, et les mettent en œuvre par des moyens tels que la planification de la qualité, la maîtrise de la qualité, l'assurance de la qualité et l'amélioration de la qualité dans le cadre du système qualité.
Manosonique : de « mano », relatif à la pression, et « sonique », onde sonore. Type d'aérosol combinant des ondes sonores et une surpression déclenchée par déglutition du malade, en vue du passage de l'aérosol dans les cavités tubo-tympaniques et le traitement des otites.
Matériovigilance : surveillance des incidents et risques d'incidents résultant de l'utilisation des dispositifs médicaux, en vue de l'amélioration de la santé et de la sécurité des utilisateurs, par la réduction de la probabilité de voir se reproduire un incident de même type que le ou les incidents précédents.
Médication : emploi de médicaments dans un but thérapeutique déterminé.
Médicament-conseil, médicament familial : comme tout médicament, bénéficie d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). C'est un médicament conseillé par le pharmacien d'officine et adapté à une utilisation sans prescription médicale.
Médication officinale : traitement pharmaceutique conseillé et dispensé par le pharmacien d'officine à un patient qui a recours à ses services, en absence de prescription médicale.
Miction : émission de l'urine.
Nécrose : dégénérescence d'une cellule ou d'un tissu aboutissant à sa destruction.
Non-conformité : non-satisfaction d'une exigence ; absence d'identité parfaite entre les termes du contrat, les besoins du client, la réalisation du fournisseur.
Nursing : du mot anglais « nurse » signifiant « nourrice » ou « infirmière », désigne l'ensemble des soins infirmiers apportés aux personnes malades ou alitées.
Opinion pharmaceutique : l'opinion pharmaceutique est un avis motivé, dressé sous l'autorité d'un pharmacien, portant sur la pertinence pharmaceutique

d'une ordonnance, d'un test ou d'une demande d'un patient, consigné dans l'officine, et impérativement communiqué sur un document normalisé au médecin lorsqu'il invite à la révision, ou lorsqu'il justifie le refus ou la modification d'office de sa prescription.

Orthèse : appareillage destiné à corriger les malformations ou les déficiences fonctionnelles, congénitales ou acquises, de l'adulte ou de l'enfant, qui touchent le système locomoteur, les articulations en particulier.

Orthopédiste : médecin spécialisé en orthopédie (voir orthèse) ou spécialiste qui prend mesures, réalise, fournit ou applique les orthèses.

Périnée (ou **plancher pelvien) :** région de l'organisme s'étendant de la symphyse pubienne (articulation entre les os iliaques) à l'avant, à la pointe du coccyx (extrémité inférieure de la colonne vertébrale) à l'arrière, et aux ischions latéralement.

Pharmacie : la pharmacie est une branche de l'art de guérir les maladies à l'aide des médicaments, des dispositifs médicaux et des examens de biologie clinique.

Phlyctènes : Ampoule vésiculeuse remplie de sérosité, généralement transparente, qui s'amasse sous l'épiderme (à la suite d'une brûlure, d'une contusion ou lors de certaines affections cutanées).

Piétement : ensemble des pieds d'un meuble et des traverses qui les unissent.

Piézo-électrique (effet) : capacité que possèdent certains corps cristallins, les lames de quartz notamment, à produire des charges électriques sur leurs faces lorsqu'ils sont comprimés ou dilatés ; et inversement, capacité à se contracter ou à se dilater lorsqu'ils sont soumis à une différence de potentiel alternative. Cette déformation du cristal engendre des vibrations dont la fréquence correspond à celle de l'excitant, qui se propagent dans le milieu environnant. Ici, il s'agit d'ultrasons qui se répandent dans la cuve du générateur d'aérosol.

Plaie : division partielle ou totale des éléments constitutifs (on dit aussi solution de continuité) des tissus ou des organes, par exemple la peau, d'origine traumatique ou chirurgicale.

Plicature : réalisation d'un pli dans un dispositif (ou un organe) pour en modifier la position, la forme ou la fonction.

Polyuréthane (ou **polyuréthanne) :** polymère de faible densité comportant la répétition de la fonction uréthane.

Post-prandial : qui se produit après le repas.

Procédure : manière spécifiée d'accomplir une activité ; dans de nombreux cas, les procédures sont exprimées par des documents.

Produits frontières : produits non classés dans une catégorie juridique définie (médicament, produit cosmétique, complément alimentaire, dispositif médical) en raison de la confusion des critères concernant sa présentation et/ou sa fonction. Afin d'éviter toute confusion, les médicaments spécialisés sont identifiés par le mot «MÉDICAMENT» qui figure obligatoirement sur le conditionnement.

Qualité : ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites.
Sacral : en relation avec la région sacrée (sacrum), dernière pièce osseuse de la colonne vertébrale.
Sécurité sanitaire : sécurité des personnes contre les risques de toute nature liés aux choix thérapeutiques, aux actes de prévention, de diagnostic et de soins, à l'usage de biens et produits de santé comme aux interventions et décisions des autorités sanitaires.
Sémio-pathologie : étude des signes des maladies permettant d'appréhender et de comprendre l'action thérapeutique des traitements médicaux. Elle introduit l'enseignement de la pharmacie clinique.
Sonde : dispositif médical, généralement fin, cylindrique et allongé, souple ou non, creux ou plein, destiné à l'exploration d'un conduit ou d'une cavité, ou à l'évacuation de son contenu, ou à l'injection d'un liquide ou d'un gaz.
Spécialité pharmaceutique : médicament préparé à l'avance par un établissement pharmaceutique, présenté sous un conditionnement particulier et désigné par une dénomination spéciale qui peut être soit celle d'une marque, dite aussi dénomination de fantaisie, soit par une dénomination commune (D.C.I.) assortie du nom du fabricant ou d'un nom de marque. Elle ne peut être vendue dans le circuit pharmaceutique ou même distribuée à titre gratuit, si elle n'a pas préalablement reçu une autorisation de mise sur le marché (A.M.M.).
Sphincter : muscle en forme d'anneau qui entoure un orifice naturel et en permet la fermeture et l'ouverture, par exemple au niveau vésical ou anal, où l'appareil sphinctérien permet la continence et la miction ou la défécation.
Suivi pharmaceutique : c'est la mise en œuvre de différents processus permettant une dispensation responsable du traitement médicamenteux jusqu'à l'obtention de résultats tangibles qui améliorent la qualité de vie du patient.
Tubo-tympanique : en rapport avec la trompe d'Eustache et la membrane du tympan.
Ulcère : dans l'acception générale, perte de substance au niveau de la peau ou d'une muqueuse, évoluant vers la chronicité et ne tendant pas à une cicatrisation spontanée.
Ultrason : vibration acoustique de fréquence assez élevée pour être inaudible par l'homme, possédant de nombreuses applications médicales, l'échographie par exemple. Un quartz piézo-électrique est susceptible d'en produire.
Urètre : canal conduisant l'urine depuis la vessie jusqu'à l'extérieur de l'organisme où il s'ouvre par le méat urétral.
Vérin : appareil destiné à soulever ou à soutenir une charge, constitué d'un système à vis ou d'un piston se déplaçant dans un cylindre sous l'influence d'air, d'eau ou d'huile.

7 - Bibliographie

Le matériel de maintien à domicile, J. Callanquin, C. Camuzeaux, P. Labrude, Editions Masson 3ème édition.

Texte de la conférence du Professeur de santé publique Marc Brodin lors de la XVème Journée de l'Ordre à Paris le 14 Novembre 2002, Bulletin de l'Ordre 377, Décembre 2002.

Evolution des pratiques professionnelles en pharmacie d'officine, rapport de l'Académie Nationale de Pharmacie, Ministre de la Santé et des Solidarités, Octobre 2005.

Projet d'insertion de l'opinion pharmaceutique et du dossier de suivi pharmaco-thérapeutique dans les logiciels existant à l'officine, H. Lepage, F. Megerlin, H. Dutertre, Bulletin de l'Ordre 380, Novembre 2003.

Guide d'assurance qualité officinale,

Recommandations pour l'aménagement des locaux de l'officine, Conseils centraux A et E de l'ordre National des Pharmaciens, Juillet 2006.

Désinfection du matériel dans le cadre du maintien à domicile, V. Stauber, C. Camuzeaux, I. Delatte, J. Callanquin, P. Labrude, Bulletin de l'Ordre 376, Novembre 2002.

Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 dite Loi Kouchner relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Les réseaux de santé : Décret n° 2002-1463 du 17 Décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L6321-1 du code de la santé publique (JO 18-12-2002).

Pharmacien d'officine un métier au cœur du système de soins, Ordre National des Pharmaciens, Mai 2004.

Recommandation pou l'application des bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical, à l'officine, Groupe de réflexion sur les bonnes pratiques de dispensation de l'oxygène à domicile par les pharmaciens d'officine et piloté par le Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens de Lorraine, Juillet 2001.

Liste des Produits et Prestations Remboursables, prévue à l'article L165-1 du code de la Sécurité Sociale, dernière mise à jour le 21 Novembre 2007, www.ameli.fr.

Aménagez votre maison, Brochures INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), Panorama du Médecin, numéro spécial seniors 4675, 28 octobre 1999, http://www.inpes.sante.fr/.

Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, guide publié par l'ANAES, 10-2000, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf.

TITRE

DU MAINTIEN À DOMICILE DANS UNE PHARMACIE SEMI-RURALE DES VOSGES

Par Flore BARTHOLOMOT épouse FAYON

RESUME :

L'exercice quotidien du pharmacien d'officine ne saurait se soustraire à la prise en charge globale du patient comprenant le maintien à domicile. Au comptoir, j'ai rencontré bon nombre de cas qui auraient mérité de figurer à titre d'exemple dans cette thèse. Mon choix s'est porté sur ces patients dont la pathologie et l'appareillage sont du ressors de toutes les officines. L'approche psycho-sociale autant que médicale des malades est attribuée au caractère familial et humain de cette pharmacie semi-rurale des Vosges. Chaque cas se compose ainsi : l'introduction et la définition de la pathologie, la présentation du patient dont on découvre les causes de l'appareillage à domicile et l'évolution de l'affection, les conditions de prescription et de remboursement prévues par les autorités de tutelle et renseignées par la Liste de Produits et Prestations Remboursables, les précautions d'emploi et les conseils du pharmacien et de l'équipe officinale.

Ce chapitre de présentation de cas pratiques tient lieu de préambule à la discussion plus générale que j'engage sur le maintien à domicile à l'officine aujourd'hui et demain. Le maintien à domicile est amené à se développer pour répondre aux besoins d'économie du système de santé français. Son développement ne peut se faire dans les cadres et structures actuels. Le pharmacien d'officine va devoir adapter ses structures de travail tant sur le plan de la formation du personnel que sur le plan des locaux afin d'offrir un espace dédié, isolé et discret à ses patients. L'avenir prévoit également l'essor des réseaux de santé dont il ne tient qu'à nous d'y intégrer l'officine et le maintien à domicile.

Le pharmacien d'officine, que je suis, gage ses compétences et son savoir faire pour offrir et promouvoir un service de maintien à domicile de qualité.

MOTS CLES : **Maintien à domicile**
Dossier patient
Réseaux de santé
Qualité